

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

299

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Jacques WAGNER

Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 20 septembre 1908, à Lieurey (Eure).

Les diverticulites hémorragiques du gros intestin

Président : M. GOSSET, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Jacques WAGNER

Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 20 septembre 1908, à Lieurey (Eure).

Les diverticulites hémorragiques
du gros intestin

Président : M. GOSSET, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BEZANÇON	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GAYET Physiologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
BULLIARD Histologie.	HAGUENAU Pathologie médicale.
CATHALA Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN Anatomie pathologique.
FEY Urologie.	JOANNON Hygiène.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.

MM.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ABRAMI.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR VAL-
 LÉRY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale

MM.
 ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.
 RUPPE Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546321_0003

A MA FEMME

A MON PERE

LE DOCTEUR A.-F. WAGNER

A MA MERE

A MA GRAND-MERE

A MES ONCLES

LES DOCTEURS K. WAGNER ET STEFAN WAGNER

A MON FRERE ET A MA SŒUR

A MES AMIS

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

LE DOCTEUR F. WAGNER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine.

Membre de l'Académie de Médecine.

Grand Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il veuille bien trouver ici le témoi-
gnage de nos respectueux sentiments
et de notre profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ A. GUTMANN

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

*A qui nous devons le sujet de cette
thèse et dont l'enseignement et les con-
seils nous furent si précieux. Qu'il
veuille bien trouver ici l'expression de
notre très vive gratitude pour l'accueil
qu'il nous a toujours réservé.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages.

M. LE DOCTEUR SEYER, de Rouen, in memoriam 1927

M. LE DOCTEUR BAUMGARTNER, 1928

M. LE PROFESSEUR LEMIERRE, 1928

M. LE PROFESSEUR LEREBoulLET, 1929

M. LE PROFESSEUR AUBERTIN, 1929

M. LE DOCTEUR LEVENT, 1930

M. LE PROFESSEUR GUILLAIN, 1930

M. LE PROFESSEUR SEZARY, 1931

Externat :

M. LE DOCTEUR MARQUEZY, 1932

M. LE DOCTEUR LEVESQUE, 1932

M. LE DOCTEUR COMTE, 1933

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU, 1933.

M. LE PROFESSEUR CUNEO, 1934

M. LE DOCTEUR GUTMANN, 1935

A M. LE DOCTEUR ZAGDOUN

Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté.

A. M. LE DOCTEUR FIEHRER

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

INTRODUCTION

Décrits pour la première fois par Morgagni en 1796 les diverticules du gros intestin ont fait l'objet de nombreux travaux. Dans notre étude ce qui nous préoccupera au premier chef ce ne sera pas de reprendre les descriptions maintenant classiques de ces diverticules et des accidents qu'ils occasionnent, mais de préciser certains points de symptomatologie si importants dans la clinique courante et qui posent des problèmes étiologiques et diagnostiques souvent très délicats.

Notre maître le D^r R. A. Gutmann, à qui nous devons le sujet de notre thèse, a déjà beaucoup étudié les hémorragies intestinales de causes non évidentes. « Il faut en effet se rappeler que la présence de sang dans les selles... qu'il s'agisse d'hémorragie latente ou même d'hémorragie macroscopiquement visible... est loin d'être un signe indiquant de façon indiscutable un ulcus. On peut le voir dans un grand nombre d'états; affections hémorragipares, hépatiques, artério-scléroses, cardiopathies, etc... » Aborder la question des hémorragies intestinales au cours des diverticulites c'est donc aborder le délicat problème des hémorragies intestinales d'origine digestive d'apparence primitive. « Le diagnostic des hémorragies diges-

tives et l'un des plus difficiles de la gastro-entérologie... Il est des cas où non seulement les recherches les plus minutieuses, les examens de laboratoires les plus complets, mais encore des opérations avec exploration, des autopsies consciencieuses n'ont apporté aucune lumière. On ne trouve absolument rien... Le problème est plus compliqué encore quand il s'agit d'hémorragies intestinales. Il existe toute une série de causes très difficiles à déceler au début (cancer, tumeur bénigne de l'intestin) ou qui peuvent se traduire par des désordres digestifs minimes, très légers ou d'allure extrêmement banale (colite, péritonite, ulcération du diverticule de Meckel, parasitose, dolichocolon, coudure, etc...); les diverticulites, mêmes légères sont susceptibles de provoquer des hémorragies intestinales souvent abondantes, et l'on conçoit en de tels cas, quel concours de circonstances doit être réalisé pour poser un diagnostic exact ou plutôt avec quelle facilité ce diagnostic peut échapper. R. A. GUTMANN a été l'un des premiers à insister sur l'importance numérique des hémorragies de diagnostic obscur. Les quelques travaux faits à ce point de vue, et les statistiques varient dans de notables proportions. Cependant, on arrive dans l'ensemble au chiffre de 20 % d'hémorragies intestinales sans cause décelable. C'est dire à quel point il peut être intéressant d'aider au diagnostic étiologique de ces hémorragies en apparence indéterminées. Et avant de poser le diagnostic de troubles de la circulation capillaire, ce qui revient

à notre avis, à poser le diagnostic d'hémorragie idiopathique, il est préférable d'avoir épuisé toutes les données séméiologiques et les renseignements que peuvent nous fournir les techniques modernes d'examen radiologique du gros intestin. Les observations que nous donnons plus loin illustrent d'une façon démonstrative notre façon de penser et plutôt que de conclure devant une hémorragie idiopathique à l'impossibilité de donner l'étiologie exacte de cette extravasation sanguine, malgré l'avantage qu'offre un examen plus ou moins complet de démontrer « l'intégrité de nombreux organes et d'indiquer que cette entérorragie n'est qu'un épisode au cours d'une infection passagère de nature indéterminée il est préférable de s'acharner à la recherche de la cause véritable. Disons dès le début que dans ces hémorragies de diverticulites, on doit avoir à l'esprit l'axiome suivant : faire des examens radiologiques soigneux et répétés, c'est entendu, pour déceler les diverticules, mais les faire entre les poussées, notion capitale. Alors que dans l'ulcère, maladie cyclique, comparable grossièrement à la maladie herpétique ou à l'urticaire (R. A. GUTMANN) il importe, en premier lieu de faire des examens radiologiques et en particulier des radiographies en série, au moment même de la poussée ulcéreuse, pour déceler la niche qui disparaît le plus souvent entre les poussées, au contraire dans les diverticulites, à notre avis, il est préférable de faire les examens radiologiques dans l'intervalle des poussées et en dehors des hémorragies. Nous avons à ce

propos, l'observation caractéristique, de M. Wis... où l'on ne pût faire le véritable diagnostic qu'après avoir calmé l'inflammation locale par des désinfectants et des pansements coliques. Sans insister ici sur la pathogénie de ces phénomènes, on doit dire cependant qu'il semble bien que l'œdème de la muqueuse, loin d'être comme dans la niche ulcéreuse, un élément mettant en relief les signes radiologiques, efface ici la diverticulose pour une période plus ou moins longue. Ces notions capitales sont à souligner dès maintenant.

HISTORIQUE

Cités par MORGAGNI, décrits par CRUVEILHIER dans son traité d'anatomie pathologique en 1895, les diverticules du gros intestin, hernies de la muqueuse à travers la musculature, ont fait l'objet dans les années qui suivirent de nombreux travaux. En Allemagne, d'abord avec GRASER, HANSEMAN, SUDSUKI, KOHN et SUDECK. En Angleterre et en Amérique avec SYDNEY-JONES, MAYO, BLAUD-SOTTON, MAXWELL-TELLING. En France enfin avec l'Ecole de Lyon, JABOULAY, PATEL et ses élèves CADES et DE MOURGUES. Dès cette époque, ces auteurs ont pressenti l'importance du rôle pathologique des diverticules et PATEL envisageait déjà au 26^e congrès de chirurgie de Paris le démembrement en leur faveur de bien des cas de sigmoïdites : « de la même façon que l'appendicite a été substituée à la typhlite, sans toutefois faire disparaître la sigmoïdite, comme l'appendicite n'a pas fait disparaître la typhlite ». Mais ils n'ont cessé d'être une curiosité d'autopsie ou une découverte opératoire que, lorsque l'application de la radiographie à l'établissement de leur diagnostic fut réalisée pour la première fois par de QUERVAIN DE BERNE en 1914 et largement utilisée vers la même époque en Amérique par CARMAN et CASE. Depuis lors, les travaux se sont

multipliés principalement dans les pays de langue anglaise et allemande et les diverticules du gros intestin sont actuellement bien connus en France par les monographies de BENSAUDE, CAIN et HILLEMAND, par les récentes communications de SOUPAULT au congrès du Caire, de CHARRIER et HILLEMAND au congrès des colites de Plombières. Le problème de la diverticulose et des diverticulites est donc un problème actuel. Mais le nombre des travaux sur ce sujet demeure encore relativement restreint et nous voulons apporter notre contribution personnelle à leur étude.

LES HÉMORRAGIES DANS LES DIVERTICULITES

Avant d'aborder l'étude des hémorragies que l'on nous permette de rappeler brièvement les traits anatomo-cliniques des diverticulites coliques. Dans ce chapitre nous étudierons successivement :

l'anatomo-pathologie,

les manifestations cliniques

en insistant plus particulièrement sur les émissions sanguines dont nous avons précisé un peu plus haut tout l'intérêt.

A. — Etude anatomo-pathologique.

Elle est capitale, car elle illustre les signes radiologiques. On peut distinguer les divers aspects macroscopiques et microscopiques.

Macroscopiquement les diverticules du gros intestin apparaissent comme de petites tumeurs sessiles ou pédiculées de la grosseur d'une noisette ou d'un petit pois, blanchâtres ou noirâtres suivant leur contenu. Ils peuvent être enfouis dans du tissu grasseux et passer inaperçus à une exploration rapide. On les trouve quelquefois enfin à l'intérieur d'un appendice épiploïque. Souvent multiples, ils siègent généralement au point de la paroi colique comprise entre le

mésentère et la bande latérale des muscles longitudinaux. Et il nous faut insister dès maintenant sur cette *disposition spéciale para-vasculaire du diverticule*.

Histologiquement le diverticule est constitué par deux tuniques, la muqueuse et la séreuse péritonéale. Suivant le degré d'évagination on peut retrouver plus ou moins éparpillés à sa surface les éléments musculaires au travers desquels il s'est frayé passage. Il s'engage le plus souvent vers la gaine des vaisseaux, la suit vers les insertions du mésentère entre les deux feuillets duquel il s'insinue quelquefois. Les travaux récents de HAROLD EDWARDS et DRUMMOND ont confirmé ces notions anatomo-pathologiques malgré les opinions contradictoires de quelques auteurs, et ce dernier a pu écrire que la topographie des vaisseaux sanguins prédispose aux diverticules de la même manière que le cordon prédispose à la hernie inguinale.

Il s'agit là des aspects anatomo-pathologiques de la diverticulose. Que survienne une poussée inflammatoire au niveau de ces diverticules et des modifications très importantes apparaissent.

La diverticulite. a) *Poussée inflammatoire aiguë.* Au moment d'une poussée l'aspect du diverticule change complètement et cette notion est de première importance pour l'étude sémeiologique. Le diverticule enflammé est rouge violacé, ecchymotique (pseudo-appendicite) les franges épiploïques à son voisinage sont hypertrophiées, présentent des suffusions hémorragiques et, *fait à souligner l'orifice interne est parti-*

lement oblitéré par une saillie de la muqueuse qui est rouge et exulcérée. Que cette inflammation reste localisée à la muqueuse, et l'on aura, avec les phénomènes douloureux, des hémorragies. Si l'infection s'étend à la sous-séreuse et à la sous-muqueuse l'on aura une réaction péritonéale (appendicite à gauche) avec la possibilité d'un phlegmon sigmoïdien.

b) *Entre les poussées*, les lésions se mettent à plat, c'est-à-dire que l'œdème muqueux péri-orificiel, les exulcérations, les réactions sous-muqueuses et sous-séreuses s'améliorent puis disparaissent et l'on revient au stade de diverticulose et à la *période optima pour l'exploration colique*.

c) *Répétition des poussées*. Que les poussées se répètent, plus ou moins marquées, plus ou moins longues, plus ou moins rapprochées, et l'on a alors l'organisation de lésions définitives. Le tissu sous-séreux est envahi par une gangue de scléro-lipomatose et peu à peu, par poussées successives plus ou moins séparées, le péritoine irrité contracte des adhérences à la paroi pelvienne, aux organes du petit bassin, en particulier aux anses grêles qui coulées peuvent occasionner des phénomènes d'occlusion aiguë. Le méso participe à l'inflammation, une méso-sigmoïdite rétractile se développe qui, en coulant le sigmoïde, peut donner lieu à une occlusion chronique. Le tissu sous-muqueux, présente une réaction fibreuse, la muqueuse devient œdématiée, rougeâtre, exulcérée, la lumière intestinale se rétrécit et une sténose s'organise qui devient définitive

si le processus évolue, comme il est possible, vers la cicatrisation. Ce n'est pas le cas habituel : dans ce tissu qui est le siège d'une inflammation atténuée, se produisent des poussées inflammatoires aiguës pouvant évoluer vers la suppuration. La perforation se fait alors en péritoine enkysté. Et ces abcès évolueront vers la région lombaire, la région pelvienne, s'ouvriront dans la vessie par des fistules vésico-sigmoïdiennes qui sont considérées actuellement comme plus fréquentes dans la diverticulite que dans le cancer.

B. — Etude clinique.

a) *Etiologie.* — Les diverticules du gros intestin se rencontrent chez les *sujets âgés*, ayant passé la cinquantaine. Cependant ils ont été rencontrés chez un enfant de 7 ans par HARTWELL-CECIL et chez un homme de 22 ans par MAXWELL TELLING et les cas ne sont pas très rares de diverticules diagnostiqués chez des adultes de 63 à 40 ans. Ce n'est donc pas exclusivement une affection des vieillards. Ils sont deux fois plus fréquents chez l'homme que chez la femme, se voient souvent chez des sujets obèses et ptosiques et chez les constipés chroniques. Enfin il semble que la prédominance de cette affection soit très nette chez les peuples anglo-saxons et Prat de Nice a montré dans sa communication à la Société de chirurgie de Paris en 1930, la fréquence de la diverticulite dans l'élément anglo-américain de sa clientèle. Il serait

peut être intéressant, comme le suggère MAYO de vérifier dans quelle mesure le régime alimentaire par l'importance du bol fecal qu'il détermine, prédispose à la production des diverticules. Enfin, BENSAUDE a insisté sur la coïncidence dans plusieurs de ses observations d'une syphilis maltraitée et les auteurs américains ont noté la coexistence fréquente des différentes manifestations rhumatismales spondylites en particulier, et des foyers d'infection dentaire : abcès et granulomes.

b) *Symptômes abdominaux.* — Schématiquement les diverticulites se présentent sous deux formes :
syndrome abdominal aigu,
syndrome abdominal sub-aigu et chronique.

1) *Dans le syndrome abdominal aigu;* la douleur débute brusquement dans la fosse iliaque gauche, suivie de vomissements alimentaires puis bilieux. La constipation est de règle, la température s'élève à 38, 38,5 et la paroi est contracturée dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen. Tantôt la crise avorte, tantôt elle s'atténue lentement après l'apparition d'un plastron qui met quelques jours à se résoudre, tantôt enfin, elle évolue vers la perforation.

2°) Beaucoup plus fréquente est l'évolution *sub-aiguë et chronique.* Ce sont des malades qui souffrent depuis plusieurs années de troubles digestifs légers, de douleurs vagues dans la fosse iliaque gauche, sans horaire fixe, irradiant vers la vessie, les organes génitaux. Sur ce fond dyspeptique et douloureux, apparaissent à l'occasion d'un écart de régime ou d'un

lavement inopportun, des crises subaiguës, qu'une leucocytose polynucléaire peut extérioriser vers la fin de l'évolution. Ce sont des épisodes légèrement fébriles, *petites flambées inflammatoires* pendant lesquelles les douleurs s'accusent, un état saburral apparaît et la palpation révèle un empâtement dans la fosse iliaque gauche. Suivant la prédominance de la réaction fibreuse sous-muqueuse, ou de la réaction scléro-lipomateuse, on aura soit une sténose plus ou moins marquée, entraînant un état d'occlusion qui se résoudra au décours de cette flambée inflammatoire par une débâcle diarrhéique, soit des modifications à la palpation de la tumeur sigmoïdienne.

c) *Les hémorragies.* — Au cours de ces différents tableaux cliniques peuvent apparaître les hémorragies intestinales. Avant que l'examen radiologique n'ait permis de les rapporter aux diverticules du sigmoïde, la présence de ces hémorragies orientait le clinicien, suivant les données de la palpation et l'importance même des pertes sanguines, tantôt vers le cancer, tantôt vers les sigmoïdites, groupe encore confus dont MAYOR de Genève, avait dégagé les principaux symptômes en 1893. L'opération ou l'autopsie faisait rectifier le diagnostic primitif encore que, dans de nombreux cas l'examen histologique soit indispensable pour affirmer l'absence d'une processus néoplastique. Par la suite, la maladie ayant pris rang dans la nosologie, sa symptomatologie a été mieux étudiée et les hémorragies par les erreurs auxquelles elles avaient donné lieu dans le passé ont été envisagées

plus nettement. Toutefois, elles ont longtemps été considérées comme le signe d'un processus malin, bien que SUDECK ait écrit dès 1914 que leur présence quoiqu'en faveur d'un cancer du colon ne permettait pas d'écarter le diagnostic de diverticulite. C'est ainsi que MAXWELL TELLING, dès 1907, GRIFFIN, JUDD et POLLOCK, SPRIGGS, et dans ces dernières années JONES, RANKIN, EGGERS et EDWARDS dans les pays de langue anglaise, KOCH, SUDECK, GERZOWITSCH et BUMM en Allemagne, BROHÉE et URBAIN en Belgique, BENSAUDE et SOUPAULT en France ont considéré dans leurs différentes publications la possibilité d'hémorragies au cours des syndromes diverticulaires, par ailleurs en insistant sur leur rareté.

1) Fréquence. — Mais il ne nous semble pas que sans être très fréquentes les hémorragies soient aussi rares que certains auteurs l'ont pensé et nous reproduisons à la fin de ce chapitre, un certain nombre d'observations déjà publiées. Il en est malheureusement peu de complètes, et qui soient suivies d'un examen anatomo-pathologique toujours complet, l'évolution de la maladie se faisant généralement vers la guérison. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence des hémorragies intestinales au cours des diverticulites. Les anciennes statistiques de MAYO l'évaluent à 5 %, RANKIN, JUDD et POLLOCK, à 17 ou 18 %, l'étude attentive des cas envisagés, a permis à JONES de réduire à 12 % le pourcentage des diverticulites hémorragiques. Leur fréquence par rapport aux autres symptômes est donnée par JUDD et POLLOCK dans le tableau suivant :

Douleur 24	vomissement 9
Fièvre 18	occlusion 8
Constipation 14	perforation 7
Tuméfaction 11	S. urinaire 6
Coliques 11	amaigrissement 6
Leucocytose 10	diarrhée 6
Gaz 10	hémorragie 6

Toutefois, les diverses statistiques parfois assez contradictoires, ne donnent peut être pas l'idée exacte de la fréquence des diverticulites hémorragiques. On peut en effet opposer la fréquence relative de la diverticulose : 10 % des cas chez les sujets âgés. la fréquence relative des hémorragies digestives de cause inconnue : 20 %; et la rareté apparente des hémorragies dans les diverticulites. *Aussi peut-on penser qu'avec le progrès des techniques modernes, d'exploration radiologique du colon, on verra augmenter la fréquence de l'étiologie diverticulaire de certaines hémorragies digestives.*

II. Symptômes d'accompagnement.

Quoi qu'il en soit, les hémorragies paraissent le fait des diverticulites subaigues et chroniques, plus exactement elles apparaissent le plus souvent au cours des poussées subaigues qui émaillent la longue évolution des diverticulites en général. Dans ce cas, elles apparaissent souvent au cours de *phénomènes douloureux abdominal* et ceux-ci, présents depuis longtemps s'accroissent dans les jours qui précèdent l'émission sanguine. Le malade dont KOCH rappelle

l'observation voyait ses hémorragies coïncider avec des douleurs abdominales violentes, irradiant à la région lombaire et à la vessie; il en était de même du malade de EGGERS, de celui de BROHÉE et URBAIN dont les douleurs, vieilles de deux ans, deviennent plus vives. A cela s'ajoutent, s'enchevêtrant plus ou moins entre eux, d'autres symptômes, témoins de la poussée inflammatoire aiguë qui apparaît sur ce tissu déjà le siège d'une infection chronique. Ce sont : *la fièvre* qui atteint 40° chez le malade de BROHÉE et URBAIN, 38°5 dans l'observation de SYNNOT, 39° dans la très discutable relation de GILLET; *la constipation* qui, unie aux vomissements, au pouls rapide, révèle chez le malade de EGGERS l'atteinte péritonéale et extériorise dans l'observation de MASSON et de SUDECK, les troubles de sub-occlusion qui ont amené le sujet à consulter; *la diarrhée*, tenace, témoin de la réaction colitique sur laquelle nous avons insisté et qui efface radiologiquement les signes de diverticulose, diarrhée abondante de sang et de mucus, du malade d'ailleurs apyrétique de KOCH. Ainsi, se retrouvent au cours de ces poussées hémorragiques *tous les symptômes d'ailleurs essentiellement variables des divers processus inflammatoires des diverticules*. Souvent, dans les semaines et dans les mois qui ont précédé l'évènement la symptomatologie elle-même a varié : alternative de constipation et de diarrhée, petits épisodes péritonéaux-transitoires, clochers fébriles et c'est un malade *amaigri* (7 kilos dans le cas de BROHÉE et URBAIN, 4 dans celui de BUMM) qui vient

consulter et se faire hospitaliser pour ces troubles essentiellement disparates de la fosse iliaque gauche où l'hémorragie apporte une note inquiétante de suspicion néoplasique.

Hémorragie primitive ou révélatrice de diverticulite. Plus rarement, comme dans la première observation de BROHÉE et URBAIN et dans celle de CONWAY et HITZROT, une hémorragie se fait jour au cours d'une crise primitivement aiguë de diverticulite. Cette femme de 52 ans chez laquelle se déclenche sans aucun antécédent pathologique colique, une diarrhée sanglante, glaireuse, très douloureuse, une température élevée, et dans les jours qui suivent un empâtement de la fosse iliaque gauche illustre de façon remarquable l'éventualité pourtant relativement peu fréquente de diverticulite hémorragique primitive.

Beaucoup plus nombreux sont les cas où au contraire, les antécédents pathologiques sont frustes ou mêmes absents. Tantôt les hémorragies accompagnent depuis plusieurs années les vagues douleurs plus ou moins nettes de la fosse iliaque gauche comme dans le cas de BUMM et de SEYMOUR BAYLING sans que le processus inflammatoire ait fait primitivement sa preuve, tantôt l'hémorragie apparaît après une période plus ou moins longues de symptômes tellement banaux qu'il est difficile de trouver entre eux et les phénomènes actuels une relation de cause à effet, tantôt enfin l'hémorragie apparaît nettement primitive. C'est le cas de deux observations que nous

rapportons Wis... et Gat... et on retrouve la même éventualité dans les observations de JUDD et POLLOCK, de SOUPAULT et de SYNNOT.

Forme clinique des hémorragies. — Les hémorragies dans les diverticulites se présentent soit comme de grandes hémorragies à type d'épistaxis intestinal, soit comme des hémorragies fractionnées, soit enfin, beaucoup plus rarement, sous forme d'hémorragies occultes.

a) *Les grandes hémorragies* apparaissent généralement brusquement sans prodrome. Ce sont des émissions de sang rouge, non accompagné de matières, d'abondance variable, quelquefois suffisantes pour amener une anémie secondaire importante, nécessiter une transfusion et indiquer par leur répétition l'urgence d'une opération. Tel est le cas de la malade de SOUPAULT, réveillée brusquement la nuit par un écoulement anal de sang qui l'inonde, écoulement qui se répète cinq fois en quelques heures et que les opiacés, les coagulants, la glace sur l'abdomen arrivent enfin à maîtriser; de cet homme de 56 ans dont JUDD et POLLOCK nous rapportent l'observation qui présenta une hémorragie sévère nécessitant l'opération et dont un état anémique secondaire retarda la convalescence, bien que deux transfusions de 500 cc lui aient été faites avant l'intervention. Il en est de même de ce malade de 75 ans de BENSAUDE chez lequel l'hémorragie inattendue jointe à l'amaigrissement et à l'absence de tout autre signe digestif fit penser au cancer. Enfin, très caractéristiques égale-

ment sont nos observations personnelles. Le premier malade fut pris pour la première fois le matin, au moment d'aller à la selle d'une hémorragie de sang rouge qui se répétera plusieurs fois dans la journée et les jours suivants, entraînera une syncope, puis disparaîtra progressivement, non sans avoir teinté les selles qui peu à peu redeviennent normales. La seconde, présenta un long passé de constipation banale et de troubles dyspeptiques divers et émit le matin à l'heure habituelle une selle sanglante d'aspect foie haché, d'odeur fétide, de quantité équivalente à une selle ordinaire, qui se répéta dans la matinée, le lendemain, et ne cessa elle aussi progressivement que deux jours après son apparition empiétant légèrement sur le retour de selles normales, d'ailleurs obtenues par lavement. Trois semaines après cet incident : même hémorragie qui reste isolée et qui n'a plus reparu depuis.

Telle est l'évolution de ces hémorragies. Leur répétition s'étend sur quelques jours, puis, elles disparaissent d'elles-mêmes, ou cèdent au traitement médical. Il est quelquefois nécessaire de recourir à l'opération, mais tous les malades de la statistique de GERZOWITSCH ont guéri après l'intervention. Nous retrouvons cette évolution favorable spontanée chez nos malades, chez celui de SOUPAULT et l'opération a été couronnée de succès dans les interventions de BENSAUDE, JUDD et POLLOCK.

b) *Hémorragies fractionnées.* — Dans d'autres cas l'hémorragie est fractionnée. Ce sont des malades

qui depuis plusieurs mois ou plusieurs années ont présenté les différents symptômes de diverticulite subaiguë et chronique que nous avons envisagés plus haut. Au cours de ces poussées apparaît au moment des selles et mélangée aux matières ou leurs succédant une émission de sang ou de mucus. L'abondance est très variable et la répétition se fait par périodes espacées de longs mois ou même de quelques années de tranquillité. Toutefois, il est possible que ces hémorragies répétées, de moyenne intensité, prennent au cours d'une flambée inflammatoire, une importance assez grande, au point d'entraîner comme dans l'observation de KOCH des *vertiges* et des *syncope*s; il est possible encore que ces hémorragies apparaissent au cours d'une poussée primitivement aiguë comme dans l'observation de CONWAY et HITZROT où l'hémorragie se produit deux jours après une attaque de violentes douleurs intestinales à type de crampe sans qu'on ait pu relever dans les antécédents aucune infection gastro-intestinale, comme également dans l'observation de BROHÉE et URBAIN qui nous rapporte le cas de cette femme de 52 ans prise subitement d'une diarrhée sanglante et glaireuse et qui mourut d'une hémorragie foudroyante par sa fistule cutanée après avoir présenté pendant sept mois consécutifs des symptômes péritonéaux alarmants et une température hectique. Mais en général, ces hémorragies de moyennes intensité sont le fait des diverticulites chroniques. Elles se sont répétées plusieurs fois au cours de l'année qui a pré-

cédé l'intervention chez le malade de KOCH, depuis quatre ans dans le cas d'EGGERS, quatre mois, dans ceux de BUMM, BROHÉE et URBAIN, CONWAY et HRTZROT, accompagnées de troubles digestifs et d'un syndrome douloureux et fébrile de la fosse iliaque gauche. Leur répétition peut entraîner une anémie, mais celle-ci, et il faut le noter dès à présent, ne présente jamais l'intensité d'une anémie néoplasique. De longs intervalles séparent en effet les poussées hémorragiques diverticulaires et GRIFFIN en suivant parallèlement une diverticulite hémorragique à forme tumorale et un cancer de sigmoïde, a vu le premier ne pas saigner pendant trois ans, le second saigner incessamment pendant six mois. Aussi, dans la statistique de RANKIN, huit cas seulement sur 58 ont donné un taux d'hémoglobine inférieur à 70 % et ce dernier auteur estime que lorsque l'anémie est importante il y a lieu de l'attribuer à une infection prolongée ou à une complication maligne. C'est à cette infection prolongée depuis quatre ans qu'est due la lymphocytose polynucléaire du malade d'EGGERS dont nous rapportons un peu plus bas l'observation. (G. B. 16.900, poly. 86 %).

Hémorragies occultes. — Plus rarement enfin il s'agit d'hémorragies occultes. Nous avons dit déjà que le siège des diverticules situé dans la proportion de 74 % des cas sur le sigmoïde expliquait l'absence de mœlena et nous ne pouvons pas tenir compte de l'observation de SWYNGEDAEW où il est dit simplement que les selles du malade étaient noires sans qu'il ait pris

de médicaments, non plus que de celle, très discutable, de GILLET. Mais chez le malade de PATTERSON qui avait déjà présenté des hémorragies rectales de sang rouge, on retrouva par la suite la présence occulte de sang dans les selles. Encore est-il qu'un polype rectal fut trouvé à la sigmoïdoscopie et nous n'avons pas trouvé d'observation typique comportant au cours des diverticulites des hémorragies occultes. Cependant, il est fort vraisemblable que ces hémorragies sont fréquentes et que si des examens systématiques étaient faits, de préférence en utilisant la méthode de Boas¹, on les retrouverait très souvent.

CONCLUSION

En résumé, les hémorragies de diverticules ont des caractères tout à fait spéciaux et présentent entre elles une parenté étroite. Schématiquement on peut dire que ce sont :

1° *Des hémorragies de sang rouge*; il n'existe pas pratiquement de mœlena au cours des diverticulites hémorragiques et nous n'en connaissons pas d'observation vraiment convaincante.

2° Ce sont des hémorragies *assez abondantes* mais qui mettent rarement la vie en danger. Nous ne connaissons pas parmi les différentes publications, tant étrangères que françaises, un cas mortel; cependant dans plusieurs cas l'abondance de l'hémorragie a été suffisante pour entraîner des phénomènes syncopaux.

3° Ce sont des hémorragies *récidivantes* à intervalles nettement délimitées. Mais la durée de ces in-

(1) BAAS : *Deutsch. Med. Woche*, 4 nov. 1932. *Mediz. Klinik.*, 7 sept. 1928.

tervalles est variable de plusieurs jours à plusieurs années; lorsque ces récides sont rapprochées, elles peuvent entraîner un état d'anémie; mais jamais cependant, cette anémie a type hypochrome n'est intense et jamais l'anémie ne prend comme dans certains cancers digestifs le type de l'anémie pernicieuse.

Ces caractères isolent dans le cadre nosologique des hémorragies digestives, les hémorragies diverticulaires.

C. — Radiologie.

C'est DE QUERVAIN de Berne qui le premier, en 1914, fit l'étude radiologique des diverticulites et vers la même époque CARMAN et CASE 1915, en Amérique, publièrent sur ce sujet d'intéressants travaux. Ceux de SPRIGGS et MARXER viennent peu après. Puis les progrès de la radiologie, la multiplication des examens montrèrent la grande fréquence de cette affection classiquement rare.

Technique. — La technique ordinaire comporte l'usage du repas et du lavement baryté.

Le repas baryté comporte plusieurs inconvénients; la réplétion du sigmoïde, tardive, oblige le malade à plusieurs déplacements et n'est généralement pas suffisante pour aider à la pénétration de la substance opaque dans les diverticules. Chez les constipés, la baryte peut se fragmenter en petites boulettes que l'on peut croire correspondre à des diverticules, bien

que ces phénomènes soient isolés (DE QUERVAIN). Enfin, il comporte un relatif danger d'obstruction.

Le lavement. — Le lavement au contraire permet une réplétion plus complète du segment colique. On évitera de prendre pour des diverticules les contours festonnés de l'S iliaque contracté (de QUERVAIN). De toute façon on le fera sous faible pression en se souvenant de la friabilité des parois cartonnées du colon atteint de diverticulite, et, bien que le danger soit ici moins grand qu'à la rectoscopie, DE QUERVAIN rapporte le cas d'un malade opéré d'urgence après un examen radiographique et dans l'abdomen duquel il retrouva de la baryte.

Enfin il est capital après avoir radiographié le colon plein, de le faire de nouveau immédiatement et après l'évacuation : les diverticules passent en effet fréquemment inaperçus dans les épreuves prises en réplétion et apparaissent au contraire nettement dans les images dites d'évacuation. Parfois même, il est intéressant par des examens plus tardifs de vérifier la stase barytée dans les diverticules. Il peut y avoir des difficultés de technique ou d'interprétation : présence de fécalomes à l'intérieur ou de polypes à l'ouverture du diverticule qui empêchent la substance opaque de pénétrer dans le diverticule : poussée inflammatoire qui oblitère momentanément les orifices; notons la possibilité pour une haustration déshydratée de retenir un peu de barium après évacuation et de donner ainsi l'apparence d'un large diverticule.

Technique radiologique moderne. Un bon procédé

de diagnostic repose sur l'examen radiologique des muqueuses tel que le décrit MAINGOT. On emploie une solution colloïdale de sel de thorium, non stabilisée, flocculant au contact de la muqueuse et la tapissant d'un vernis opaque « en couche mince ». Le malade purgé la veille, resté à la diète jusqu'à l'examen, est soumis au lavement puis radiographié. Cette première épreuve donne le même résultat que la technique classique, le moulage cependant de la paroi intestinale est meilleur, grâce à la grande fluidité de la solution. Le malade vide ensuite sans effort son intestin et la muqueuse « collabée » reste tapissée de son vernis opaque. Une seconde épreuve prise immédiatement après l'évacuation permet d'étudier les anomalies de la muqueuse. Une troisième épreuve enfin, est prise après insufflation : l'intestin apparaît comme un boudin clair bordé d'un bourrelet sombre et la facilité avec laquelle ce résultat est obtenu permet d'apprécier la souplesse de ses parois.

Renseignements fournis par la diverses méthodes radiologiques.

1) Résultat de la technique ordinaire. — SPRIGGS et MARXER ont décrit avant même l'apparition du diverticule, un stade pré-diverticulaire qu'ils auraient retrouvé dans 20 % des cas. On trouverait à la place de la segmentation normale de l'intestin, de petites convexités irrégulières, dentelées, pouvant siéger d'un seul côté de l'intestin, même seulement sur une partie d'une haustration qui apparaît déchiquetée, alors que les haustractions voisines sont normales

ainsi que le côté opposé de la paroi. D'après eux, dès que la sous-muqueuse et la couche musculaire sont intéressées par le processus d'évagination, la segmentation normale est altérée et l'irritation spasmodique du colon est visible. A ce stade succède l'apparition des diverticules.

Ils se présentent sous forme de taches, à limites nettes, étagés sur les contours de l'ombre du sigmoïde. Ils affectent la forme d'évagination en doigt de gant, pointus ou arrondis et dont l'opacité varie suivant l'importance du fécalome qui les remplit. Après évacuation apparaissent les diverticules de face qui restent remplis. Ainsi, ... apparaissent nettement à la radiographie si la substance opaque progresse nettement et régulièrement, si le sigmoïde se laisse distendre de façon homogène. Il s'agit de diverticulose. Il n'en est pas de même en cas de diverticulite, où l'inflammation du sigmoïde entraîne une contraction spasmodique du segment atteint et chasse la baryte des petites hernies diverticulaires. Il faut signaler d'ailleurs que la seule présence de fécalome peut irriter le colon et entraîner indépendamment de toute inflammation sa spasmodicité. Mais, dans ce cas d'inflammation; au lavement, l'intestin paraît légèrement rétréci, les plis semi-lunaires sont d'un dessin anormalement net, les contours sont dentelés et cette disposition réalise ce que DE QUERVAIN appelle l'image en accordéon. C'est une réaction essentiellement spasmodique ainsi qu'il résulte de la comparaison de ce segment intestinal à la radio et lors d'une

opération, et cet état peut être dû à l'inflammation chronique de la paroi : DE QUERVAIN a trouvé sur une pièce opératoire un petit abcès de 2 mm. entre séreuse et musculuse entouré d'une zone inflammatoire manifeste que l'on pouvait rendre responsable de cette spasmodicité anormale du colon. Le défaut de remplissage qui en résulte et qui disparaît par la médication anti-spasmodique peut entraîner des crises d'occlusion, mais il est à distinguer du vrai défaut de remplissage qui apparaît dans la suite de l'évolution et qui est dû à l'inflammation des tissus, à leur empiètement sur la lumière intestinale. Dans ce dernier cas, les diverticules eux-mêmes prennent un aspect rigide; d'arrondis qu'ils étaient précédemment, ils deviennent pointus, donnant au bord du colon rétréci un aspect en palissade dû à l'œdème et à l'inflammation des parois. Les haustrations se rapprochent; leur fente inter-haustrale disparaît et la segmentation n'est plus visible. Puis l'anse est non seulement irrégulièrement injectée, mais le contour en est irrégulier, déchiqueté en dents de scie. Quelquefois, les segments sus et sous-jacents sont régulièrement remplis et ainsi se trouve réalisée une image de STIERLIN; plus souvent les segments voisins sont irritables et le siège de mouvements spasmodiques.

Résultats de la technique en couche mince. Nous avons déjà vu que le premier temps de remplissage de l'intestin par les solutions floculantes donnait les mêmes résultats que la technique ordinaire.

Le deuxième temps de l'examen, en lumière col-

labée, donne les images d'évacuation. On aperçoit nettement les diverticules latéraux comme des bulles tangentielles à la projection colique; on note l'intégrité du liseré marginal muqueux de sécurité et la disposition des plis qui convergent vers le point d'implantation du diverticule sans y pénétrer. A cet endroit en effet, apparaît une symétrie rayonnée qui s'oppose à la symétrie verticale normale des segments sus et sous-jacents.

Après insuflation, on note la souplesse de la muqueuse et l'on aperçoit les diverticules de face, marqués en noir sur la clarté du colon s'ils sont remplis de liquide, formés d'une bulle claire cernée d'un trait sombre si le liquide a été évacué. Mais s'ils sont remplis de matières fécales et si le liquide a pu pénétrer la cavité, on a l'image d'une tache claire centrale entourée d'un anneau opaque. Il arrive qu'au moment de l'insuflation l'air se substitue au liquide et dans ce cas, le stercolithe, vernissé de flocculat prend sur l'image une teinte grisaille, à bord sombre qu'entoure un anneau gazeux clair. Ces considérations sont applicables évidemment aux diverticules des bords. Tels sont les résultats de l'examen radiologique de la diverticulose colique. Ils s'en passe tout autrement dans les diverticulites. Aux images précédentes souvent d'ailleurs très modifiées, s'ajoutent des signes de colite associée : segmentaire, catarrhale, exsudative, spasmodique ou ulcéreuse.

Deux cas peuvent se présenter : ou bien l'image diverticulaire conserve les apparences décrites plus

haut, ou bien l'inflammation de l'orifice empêche même pour ces solutions colloïdales, la pénétration facile à l'intérieur de la cavité enflammée, et l'on risque de passer à côté du diverticule en ne retenant que l'élément de colite associée. A cause de cette colite surajoutée, à cause des troubles kinétiques, la muqueuse est difficilement imprégnée. La paroi est moins souple et si le collapsus est suffisant on note que les plis ont un calibre élargi, sont augmentés ou diminués; leur dessin est flou. A un stade plus avancé, il devient anarchique, les plis perdant leur orientation normale, puis disparaissant. Le liseré muqueux est épaissi, inégal, coupé de brèches; la plage inter-marginale est semée sans ordre de placards opaques et irréguliers; sur les segments à distance les plis sont plus nombreux, de calibre exagéré, et témoignent d'un état réactionnel colique plus ou moins net.

CONCLUSIONS RADIOLOGIQUES.

La radiologie apporte l'élément de certitude pour le diagnostic de diverticulite. Encore est-il que les examens radiologiques doivent être comme souvent en gastro-entérologie, répétés, et nécessitent de très bons clichés, pour pouvoir apprécier à leur juste valeur et comparer entre eux les détails coliques. A ce sujet, les méthodes modernes de radiologie de la muqueuse paraissent très intéressants, en particulier pour ne pas passer à côté de diverticules peu nom-

breux et peu développés; mais, comme nous y avons déjà insisté, et c'est là une notion importante sur laquelle il nous faut revenir, il importe à notre avis de faire les examens radiologiques à un moment optimum, à des périodes spéciales de la maladie diverticulaire.

C'est entre les poussées subaiguës ou aiguës de diverticulite, qu'il nous paraît nécessaire de faire un examen radiologique soigné : lorsque l'élément colitique associé est à son minimum, les sels colloïdaux imprégneront d'autant mieux la muqueuse colique, montreront plus parfaitement les contours intestinaux, et décèleront souvent de petits diverticules passés inaperçus à des examens antérieurs faits en pleine flambée. Dans notre observation de M. Wis... les examens radiographiques ont été répétés à plusieurs reprises, les derniers clichés ont seuls apporté la clef du diagnostic.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Observation personnelle.

Malade de la Consultation de Médecine de l'Hôtel-Dieu.

Hémorragie abondante, récidivante, primitive en apparence.

M. Wiss... 44 ans, vient consulter parce que le 25 septembre il a été pris le matin d'une hémorragie intestinale de sang rouge avant d'aller à la selle. Cette hémorragie a été précédée de coliques et d'une émission de matières diarrhéiques, elle était d'une abondance de 30 cc. environ. Elle s'est répétée identique, 5 fois dans la même journée, entraînant une syncope et une ou deux fois les jours suivants; en conservant le même ordre d'apparition: coliques, matières, sang rouge. Mais aucun trouble digestif, pas de vomissements, pas de crises douloureuses, une légère poussée thermique à 37°5. L'état général était mauvais: en effet, le malade inquiet de ces hémorragies s'était soumis à un régime restreint et avait maigri de 4 kilogs depuis le début des accidents. On ne trouve rien dans ses antécédents: pas de constipation, pas de séjour aux colonies. L'examen clinique se montre négatif: foie et rate sont normaux ainsi que l'estomac et le duodenum (clichés radiographiques pris en série). Aucune tare sanguine: temps de saignement, 3' 5'', temps de coagulation, 12', signe du lacet négatif. La rectoscopie montre l'absence d'hémorroïdes et rien d'anormal jusqu'à 20 cm: quelques glaires séreuses sur une muqueuse d'apparence normale et recouverte d'une petite couche de mucus légèrement jaunâtre, mais non purulente. Les exa

mens radiographiques, faits en utilisant la méthode ordinaire se montrent négatifs. Dans les jours qui suivent ces différents examens, le malade présente une nouvelle hémorragie. Il est envoyé dans le service du D^r MAINGOT où il est procédé par le D^r DUCLOS a un nouvel examen radiographique en utilisant les solutions floculantes. Le résultat de ce premier examen, fait porter le diagnostic de colite ulcéreuse segmentaire, tout en laissant subsister la possibilité d'une suspicion néoplasique. *Ce n'est qu'un second examen « en couche mince » fait un mois et demi plus tard qui, tout en permettant de noter l'amélioration des signes colitiques par le traitement médical (lavement au bleu de méthylène et co-réine) fait apparaître un diverticule passé jusqu'ici inaperçu.*

Radio du 29 octobre 1935. Remplissage facile de tout le trajet colique avec 600 grs de colothor dilué à 12 %. Le calibre conique est égal sur tous les segments sauf à l'union du sigmoïde et du descendant. Sur un cliché pris à ce stade, le colon se présente comme une pile d'assiettes, de dimensions inégales, tassées les unes sur les autres. Après évacuation, le collapsus est à peu près régulier sur tout le trajet colique. Sur la partie gauche du transverse et sur le descendant, les plis sont plus nombreux et plus épais que normalement, offrant un aspect d'état réactionnel, irrito-exsudatif. A la jonction du descendant et du sigmoïde, exactement au même endroit où sur le cliché pris en réplétion il y avait un segment suspect, les plis se désorientent, deviennent plus rares, plus lavés. L'insufflation confirme les clichés précédents, la dilatabilité et le liseré muqueux de sécurité sont parfaitement conservés sur tout le trajet colique, sauf sur le segment déjà incriminé où l'expansion est réduite des deux tiers et où le liseré est interrompu. En résumé, le segment qui se trouve à la jonction du colon descendant et du sigmoïde est suspect de colite ulcéreuse. Le colon descendant et la partie droite du transverse présentent un état réactionnel... Le 9 décembre 1935, au remplissage, le segment de jonction du descendant et du sigmoïde est pelucheux, après évacuation, les plis sont beaucoup plus nom-

breux et plus frisés que de coutume, à l'insufflation, le calibre se laisse mal distendre, ce segment est toujours pathologique, et paraît présent dans ces trois diverticules de face sous forme de balles claires, cernées d'un liseré sombre; mais si on compare les images à celles du premier examen, on constate que les plis sont plus réguliers, que la flocculation est meilleure, bref que le caractère pathologique est fortement diminué. A noter, encore, un diverticule sur le bord gauche du colon descendant à mi-hauteur environ, se présentant de profil comme une sorte de petite bourse.

En résumé, homme de 44 ans, présentant pour la première fois des hémorragies de sang rouge, abondantes et récidivantes, sans aucun antécédent hépathe-splénique, sans tare hématologique, ni passé pathologique antérieur. Nombreuses radiographies négatives; finalement mise en lumière d'un diverticule.

OBSERVATION II.

Observation personnelle.

Malade de la Consultation de Médecine de l'Hôtel-Dieu.

Hémorragies récidivantes avec anémie secondaire.

Mme Gat..., 56 ans, vient consulter le 27 septembre 1935, pour une hémorragie intestinale. Constipée chronique, elle ne présente aucun antécédent pathologique autre que des troubles dyspeptiques banaux et de vagues douleurs intermittentes dans la fosse iliaque gauche. Il y a quinze jours, sans aucun écart de régime, elle a émis le matin, à l'heure habituelle, une selle sanglante, aspect de foie haché, d'odeur nauséabonde, de quantité équivalente à ses selles ordinaires. Cette évacuation s'est répétée une fois dans la journée, le lendemain et le surlendemain, puis les selles sont redevenues normales, quoique teintées de sang rouge pendant quelques jours encore. Durant toute cette période, aucune crise douloureuse, aucune poussée fébrile n'ont apparu et la malade a poursuivi ses occupations, tout en s'imposant

un régime très restreint qu'expliquait son inquiétude. C'est une malade très fatiguée, très anémiée qui, outre les antécédents digestifs banaux, nous apprend qu'elle saigne très facilement et que chaque avulsion dentaire a déterminé chez elle une petite hémorragie. L'examen de l'abdomen est négatif, foie et rate sont normaux, la tension artérielle est à 18-10 au Vaquez. Temps de saignement, 7'30"; coagulation : elle débute au bout de 12', est totale au bout de 20'. Le signe du lacet est positif; et la rectoscopie ne montre rien jusqu'à 17 cm. et l'examen radiographique reste négatif. La malade est remise à un régime normal et traitée par les pansements coliques. Huit jours après, soit trois semaines après le début de cet incident, nouvelle hémorragie identique à la précédente qui ne se renouvelle pas. Les jours suivants un nouvel examen radiographique est pratiqué. Les épreuves obtenues par la méthode ordinaire demeurent négatives. Les épreuves d'examen en couche mince révèlent l'existence de diverticules du colon descendant et du sigmoïde.

En résumé, hémorragies récidivantes chez une femme de 56 ans, ayant entraîné une anémie secondaire importante et pouvant faire penser tant par leur allure, que par l'état général de la malade à un néoplasme colique. Les diverticules invisibles aux méthodes radiologiques habituelles sont décelées par les méthodes d'imprégnation.

OBSERVATION III.

SOUPAULT, 10^e Congrès de Chirurgie, le Caire, décembre 1935.

Diverticulite du colon descendant, hémorragies récidivantes.

Mme M..., 68 ans, constipée chronique. Il y a 25 ans, crises douloureuses dans la fosse iliaque gauche dont l'origine n'a pas été précisée. Depuis cette époque, aucun signe de colique. Fatiguée depuis quelques jours, elle est prise brusquement dans la nuit du 23 avril 1935, d'un écoulement anal

de sang qui l'inonde et la réveille (insuffisance sphinctérienne ancienne). En quelques heures ces hémorragies se répètent 5 fois. Traitement : coagulants, opiacés, glace sur l'abdomen. Les phénomènes s'amendent peu à peu et au bout de quelques jours, on a une selle. La radio après lavement baryté, montre les grappes de diverticules échelonnés sur le colon gauche, de la taille d'une noisette. Au sommet de l'anse pelvienne : zone mal injectée par la baryte, sans aspect lacunaire. Cette zone correspond à un diverticule dont les bords restent dessinés après évacuation du lavement. Ce n'est pas un cancer. Vérifications ultérieures au cours d'une laparotomie pour cholécystite calculeuse.

En résumé, hémorragies importantes et récidivantes chez une femme de 68 ans, constipée chronique. Nombreuses images diverticulaires à la radiologie. Vérification opératoire.

OBSERVATION IV.

BENSAUDE, Annales de Méd. 1923.

Diverticulite hémorragique opérée.

M. L..., 75 ans. syphilis, ancienne régulièrement traitée. Depuis plusieurs années, de temps en temps, douleurs dans le côté gauche du ventre. Le 1^{er} juillet, hémorragies intestinales très abondantes. Pas de constipation, pas de diarrhée. Léger amaigrissement. Examen radioscopique négatif après repas opaque; après lavement temps d'arrêt au niveau de l'S iliaque qui se remplit ensuite. Rien à la restoscopie. On porte le diagnostic de cancer de l'S iliaque. Le 1^{er} août 1917, laparotomie exploratrice par le Dr PAUCHET, le colon descendant est farci de diverticules gros comme un pois, occupé chacun par un calcul fécal. L'un de ces calculs diverticulaires était gros comme un œuf de pigeon avec réaction inflammatoire. Après incision de l'intestin, par crainte d'un cancer, on constate que les lésions sont purement inflammatoires, la muqueuse est lisse et ecchymotique. Fermeture

de l'intestin, ablation des calculs. Guérison. Depuis cette date, les hémorragies ne se sont pas reproduites. Le malade, malgré son âge est en excellente santé.

En résumé, entérorragie unique abondante, chez un ancien syphilitique de 75 ans, porteur de nombreux diverticules du colon descendant. Opération par crainte de néoplasme. Guérison.

OBSERVATION V.

MASSON, Presses Méd. 25 janv. 1936.

Diverticulite du colon descendant chez un ancien cirrhotique. Grosse hémorragie intestinale.

M. Wh..., 65 ans est traité pour cirrhose hépatique. Il a fait voici une année, une grosse hémorragie par le rectum et le pronostic fut alors considéré comme désespéré. En ce moment, la cause de l'hémorragie ne fut pas établie. Pourtant, le patient s'est peu à peu remis et a même pu reprendre ses occupations habituelles. Mais depuis quelques mois sont survenus des phénomènes de sub-occlusion intestinale et le malade nous est adressé pour examen radiologique. Au transit, nous constatons une sténose du grêle au niveau du flanc gauche avec dilatation en amont, cependant sans image hydroaérique importante. Cet aspect se retrouve à peu près identique 8 heures p. c. De plus l'évacuation du grêle est nettement retardée puisque en ce moment la tête de la colonne opaque commence à peine à remplir le cœcum. Nous pratiquons le surlendemain un lavement baryté. L'image de remplissage nous montre un colon descendant bien moulé. Le segment supérieur au-dessus de la fosse iliaque, en forme de boudin, présente des contours nets sans déformation. Le segment inférieur au-dessous de la fosse iliaque, d'aspect plus tourmenté nous offre une petite dentelure triangulaire au niveau de son bord interne. L'image d'évacuation : le relief muqueux est bon pour le segment supérieur ou apparaissent nettement les plis de la muqueuse,

il est moins bon pour le segment inférieur par suite de l'insuffisance de l'évacuation. Nous voyons, sur les bords interne et externe du descendant, mais particulièrement pour le bord interne, toute une série d'images diverticulaires, juste au niveau de la crête iliaque et touchant la crête par son bord inférieur, une image en forme d'anneau, à l'extrémité d'un pli vers le sommet duquel converge la muqueuse. Au-dessous de cette image, apparaît un gros diverticule rempli par le liquide de contraste. Enfin, et toujours sur le bord interne, une image en coupe de champagne analogue à l'image en anneau. La constatation radiologique de ces images, nous permet ainsi d'affirmer chez ce patient, l'existence d'une diverticulite du colon gauche.

En résumé : hémorragie importante survenue un an auparavant chez un sujet âgé de 65 ans et *déjà traité pour cirrhose hépatique*. La méthode d'imprégnation muqueuse a montré des diverticules intestinaux et paraît avoir éclairé la cause de l'hémorragie antérieure.

OBSERVATION VI.

JUDD et POLLOCK. Ann. Of. Surg. 1924.

Hémorragie très importante chez un ancien syphilitique avec diverticulite chronique sténosante.

Homme de 56 ans, à l'occasion d'une affection buccale il y a neuf mois, on lui a découvert une glossite. Son Wasserman s'est montré positif et un traitement anti-syphilitique a été institué. En juin 1923, il présenta une petite quantité de sang dans ses selles, dans les mois qui suivirent son intestin fonctionna régulièrement jusqu'à ces derniers quinze jours qui précédèrent son entrée à la clinique. Par la suite, il expulsa d'abord une certaine quantité de sang, puis fit une hémorragie sévère qui nécessita la transfusion. Depuis cette hémorragie, il est resté affaibli et déprimé, mais il n'a pas souffert. L'examen aux rayons X permit de découvrir des diverticules du sigmoïde avec une obstruction par-

tielle. A l'opération, le 27 septembre 1923, diverticulite extensive et obstruction plus marquée. On trouve des bandes épaisses d'adhérence inflammatoire. Opération de MICKULICZ. La convalescence du patient a été quelque peu retardée par l'apparition d'une anémie secondaire assez marquée, bien que deux transfusions de 500 cc lui aient été faites avant l'opération. Les derniers temps de l'opération ne furent pas exécutés, et le malade fut autorisé à parfaire sa convalescence dans son foyer.

En résumé : hémorragie très importante ayant nécessité deux transfusions, diverticulité sténosante opérée.

OBSERVATION VII.

KOCH, Arch. Fur., kl. u. chir., 1903.

Hémorragies fractionnées et répétées dans un cas de diverticulite sténosante compliquée.

La maladie actuelle a commencé il y a un an environ par des douleurs dans le ventre et par une diarrhée impérieuse où il y avait du sang et du mucus. Le malade souffrit par périodes de l'abdomen pendant toute l'année et en novembre eut à nouveau une diarrhée avec sang et mucus accompagnés de vertiges et de syncopes. Actuellement, il présente de violentes douleurs irradiant de la région lombaire à la vessie. Ces derniers temps brûlures à la miction. Il est très constipé. L'état général est satisfaisant, pas de température, pouls régulier. A l'examen, abdomen relativement souple; foie normal; à deux travers de doigt sous le ligament de POUPART, à gauche, et à trois travers de doigt de la ligne médiane, on sent une tumeur mobile de la grosseur d'un œuf de poule. Ni sucre, ni indicant mais un peu d'albumine dans les urines et à l'examen microscopique, des petites globules de pus. Opération de MICKULITZ, la tumeur est adhérente à la paroi postérieure de la vessie, l'extraction est difficile, on doit la sculpter au bistouri. Suites opératoires : température 37°2, pouls 80. Dans les jours suivants,

cystite aiguë, avec urine purulente. Le 18 mai, on referme l'anus artificiel, l'opération est difficile. Le malade meurt par péritonite les jours suivants. Examen de la pièce : il permet de montrer la présence de nombreux diverticules, ils ne siègent pas en un point précis mais sont irrégulièrement répartis sur le colon sigmoïde. On les trouve aussi bien dans la région proche de l'insertion du mésentère que sur le bord libre du gros intestin. Ils sont tous vides. Si on regarde la paroi interne de la muqueuse, on remarque une vingtaine d'orifices irrégulièrement disposés. La couche musculaire proche de l'un de ces diverticules paraît épaissie sur une surface de 6 cm., un tissu induré la recouvre dans lequel on trouve, dans la partie proche du mésentère, une cavité de 4 cm. de large entièrement vide et tapissée d'un tissu de granulation; sur la préparation fraîche, on pouvait à travers les diverticules de la muqueuse, introduire dans cette cavité, des sondes fines et il y a communication entre cet abcès et l'intérieur de l'intestin. A cet endroit, la lumière de l'intestin rétréci, il y a une sténose d'environ 2 cm 1/2. On note une méso-sigmoïdite rétractive.

Les diverticules sont tapissés uniquement de la séreuse et de la muqueuse, il n'y a pas de fibres musculaires à leur surface. On n'a pu noter aucun soupçon de néoplasie ni de tuberculose.

En résumé, hémorragie fractionnée, récidivante, avec phénomènes de sub-occlusion dans un cas de diverticulité chronique sténosante avec péri-sigmoïdite et troubles urinaires. Intervention, vérification sur la pièce anatomique.

OBSERVATION VIII.

SUDECK (Maxwell Telling B. J. S., 1917.

Petite hémorragie intestinale pseudo-néoplasique.

(Résumé). Chez un homme de 60 ans, constipé chronique avec quelques débâcles diarrhéiques intermittentes et assez irrégulières accompagnées de mucus et de sang, on voit se

constituer peu à peu des signes de sténose, aboutissant à l'occlusion et nécessitant l'opération chirurgicale. A l'examen clinique foie et rate normaux. Pas d'hémorroïdes. Toucher rectal négatif. On sent à la palpation de la fosse iliaque gauche, une tumeur ovoïde, dure, fixe dans le sens vertical, mobile transversalement, indolore et qui paraît correspondre à la partie inférieure du sigmoïde. L'examen de la pièce opératoire a montré au milieu d'une gangue de scléro-lipomatose de nombreux diverticules et infirmé le diagnostic clinique de cancer qui avait été posé. L'évolution ultérieure permit de vérifier la bénignité de l'infection. C'est, suivant l'expression de MAXWELL TELLING, un cas de « cancer avec guérison ».

En résumé, syndrome pseudo-cancéreux avec hémorragie intestinale et signes de sténose, l'intervention démontre l'absence de tout cancer et l'existence de diverticules.

OBSERVATION IX

EGGERS, Ann. of surg. 1931.

Petites hémorragies intestinales récidivantes et diverticulite aiguë suppurée, mortelle.

M. O..., 46 ans, est admis pour une crise aiguë abdominale, douloureuse, accompagnée de vomissements. Depuis quatre ans déjà il présente des crises douloureuses, douleurs à type de coliques, dans la partie inférieure gauche de l'abdomen. Un peu de sang dans les selles depuis quelques années. A l'admission il présente de violentes douleurs et des vomissements incessants. Faciès intoxiqué. Yeux caves, température 37°5-38°, pouls à 90-120. Une masse douloureuse est perçue dans la partie inférieure gauche de l'abdomen avec signes de péritonite, globules blancs 16.900, polynucléaires 86 %. Un lavement baryté donné avec prudence, montre une déformation du sigmoïde et 6 à 8 diverticules. La baryte passe lentement et injecte le colon descendant et une partie du transverse. On opère quelques heures après

l'admission. On trouve une large inflammation du sigmoïde, de fines adhérences relient l'intestin au méso, au moment où on les dissocie jaillit un flot de pus, d'odeur infecte, venant d'un large abcès. La paroi du sigmoïde sur la superficie d'environ une pièce de cinq francs est gangrénée. Le pus a fusé vers le haut, entre l'intestin et tout le long de la paroi abdominale postérieure, jusque dans la région lombaire. Pour empêcher l'extension des lésions, et être à même de resséquer, on pratique le premier temps de l'opération de MICKULICZ et on institue un large drainage. Malgré tout, l'amélioration ne se produit pas, la température monte à 40°, et le patient meurt le 4^e jour.

En résumé, chez un sujet ayant présenté depuis plusieurs années des poussées de diverticulites avec petites hémorragies, survient une suppuration péri-colique de la fosse iliaque gauche d'origine diverticulaire entraînant rapidement la mort.

OBSERVATION X

BUMM, Arch. fur kl. u chir., 1933.

Mme D..., 61 ans, a remarqué depuis quatre mois qu'elle a, chaque fois quelle va à la selle, des pertes de sang par l'anús. Elle a maigri de 5 livres dans le dernier trimestre de l'année. Elle n'a jamais été malade auparavant. Elle accuse une très légère douleur à la pression, un peu de défense dans la région inférieure gauche de l'abdomen. On ne perçoit pas de tumeur. Au moment des selles, émission de sang rouge clair. Rectoscopie négative jusqu'à 20 cm. Diagnostic : carcinome hémorragique du sigmoïde. Opération le 21 avril 1929. A l'ouverture de l'abdomen s'échappe un peu de sérosité trouble. Sur le haut de l'anse sigmoïdienne, à côté d'un appendice épiploïque, se trouve un diverticule de la grosseur d'une noix recouvert de fibrines. La paroi voisine du gros intestin est comme injectée et très épaissie. On soupçonne l'existence d'autres diverticules. Les adhérences sont libérées en même temps que le mésentère est

sectionné entre deux ligatures. Les deux branches du colon sont adossée en canon de fusil et la tumeur diverticulaire est extériorisée au-devant de la paroi abdominale en même temps que l'anse sigmoïde. Après 24 heures, ouverture de l'anse afférente, elle laisse échapper abondamment des gaz et des matières. Amélioration nette. Pose d'une pince en vue d'obtenir un passage normal des matières. La semaine suivante, la malade présente une selle par l'anus. 14 jours plus tard, fermeture de l'anus artificiel, excision, ouverture du péritoine et remise en place du gros intestin suturé. Drainage, fermeture de la paroi plan par plan. Guérison nette, deux semaines après, la plaie est entièrement refermée, la malade quitte la clinique sur sa demande six semaines plus tard. La zone de l'intestin excisé montre toute une série de petits diverticules du côté du méso-colon : A l'examen microscopique, cette partie qui apparaissait macroscopiquement très indurée, apparaît très enflammée et infiltrée, regorgeant de lymphocytes et de leucocytes parmi lesquels de nombreux oésinophiles constituant d'énormes placards. Cette infiltration touche aussi la musculature. Dans la couche adipeuse, on voit en plus de très nets et très nombreux néo-capillaires et des éléments conjonctifs. Le processus est avant tout nécrosant. Dans la paroi du diverticule, on voit une inflammation purulente avec perte de substances épithéliales. Diagnostic : inflammation d'un petit diverticule avec phlegmon. Par cette opération la malade a été débarrassée de ses douleurs, elle n'a plus souffert depuis, n'a plus eu de sang dans ses selles, a repris du poids.

En résumé, dans cette observation, l'intervention chirurgicale faite pour un cancer hémorragique du gros intestin, non seulement a décelé l'existence de nombreux diverticules, mais encore a permis de saisir les processus inflammatoires hémorragiques. Guérison post-opératoire.

OBSERVATION XI

SEYMOUR, Bayling Brit. med. jour. 1926.

Hémorragies assez abondantes au cours de diverticulite légère.

Le malade, âgé de 43 ans, a souffert de colites il y a trois ou quatre ans. A la fin de cette période, il a mis de temps en temps un peu de sang dans ses selles. Par la suite, il présentait un peu de gêne dans la fosse iliaque gauche, mais continua à travailler jusqu'à son arrivée à l'hôpital, justifiée par les craintes que lui causaient la présence continuelle de sang dans ses selles. Il était pâle et anémié. L'examen de l'abdomen montre un colon douloureux et spasmodique dans la fosse iliaque gauche. Un lavement baryté est donné sans occasionner de douleurs et l'on retrouve les images signalées par SPRIGGS et MARXER, au stade pré-diverticulaire. Au delà de l'ampoule rectale, sur une étendue d'environ 4 pouces, un segment colique se présentait comme un étroit défilé. Ce segment donnait l'impression d'un tube rigide avec des endroits faibles, et contrastait fortement avec le reste du colon distendu et dont les bords étaient normaux. Sigmoidoscopie : difficulté d'introduire le tube à cause de la douleur et parce que la vue est gênée par le sang teinté de mucus qui vient d'en haut. Laparatomie. Le sigmoïde, à l'examen, ne montre aucune lésion grave. Pas de diverticule. Pas de rétrécissement. Sa paroi paraît plus épaisse que normalement et sa région située entre les bandes longitudinales contre un péritoine nettement injecté et un peu œdématié. Et pendant l'examen, un point de l'intestin, soudainement se rétrécit à la moitié de son diamètre. Ce rétrécissement s'étendit sur trois ou quatre pouces et l'intestin, à cet endroit, devint gros comme l'index et tout à fait dur. Tant que le spasme dura, quelques petits diverticules apparurent entre les bandes longitudinales et disposés régulièrement comme des grains le long de la paroi. En quelques secondes le spasme cessa et l'intestin reparut à nouveau normal avec la faible persistance pendant quelques minutes d'un état

congestif du péritoine, dû à la tension à laquelle il avait été soumis. Ce « cycle spasmodique » se répéta trois fois durant le temps où l'abdomen resta ouvert.

En résumé : la radiologie, puis l'intervention chirurgicale permirent de rattacher à une diverticulite l'origine d'hémorragies récidivantes chez un homme de 43 ans.

OBSERVATION XII

CONWAY et HITZROT. *An. of. chir.*, 1931.

Hémorragie factionnée avec péritonite aiguë, due à une perforation diverticulaire (résumée).

Homme de 45 ans, admis avec des antécédents de douleurs à titre de crampes, durant deux jours dans tout le bas-ventre. Il est plus ou moins constipé depuis un mois, mais il a cependant émis un mélange de sang et de mucus. Il n'a jamais eu de précédentes attaques, ni aucune affection gastro-intestinale. Aucun antécédent pathologique. Actuellement, il présente des douleurs de toute la partie inférieure de l'abdomen, on ne sent aucune tumeur. Opération : inflammation de l'ampoule rectale et du sigmoïde, péritonite localisée. On pratique le premier temps d'une opération de MICKULICZ. Mort le 6^e jour. Vérification anatomique : diverticulite du sigmoïde, perforation et péritonite généralisée.

En résumé : hémorragie de sang rouge de peu d'abondance au cours d'une diverticulite colite. Perforation d'un diverticule au cours d'une poussée aiguë. Intervention. Vérification anatomique.

OBSERVATION XIII

CONWAY et HITZROT. *An. of. surg.*, 1931.

Hémorragie minime, répétée au cours de diverticulite chronique.

Femme de 59 ans, est admise à l'hôpital avec une cicatrice de colostomie suppurante dans le quadrant inférieur gauche

de l'abdomen, et avec l'histoire clinique suivante : depuis plusieurs années, elle avait de vives coliques avec émission de selles liquides et de temps en temps striées de sang. A l'âge de 30 ans, laparatomie exploratrice : on ne trouve rien. Dix mois après, nouvelle attaque, nouvelle hospitalisation. Elle présenta des douleurs abdominales, des vomissements, des frissons pendant 8 jours. Nouvelle laparatomie. On voit à l'opération des diverticules noyés dans une masse fibreuse : colostomie, et elle quitte la clinique améliorée. Mais la plaie continue à suppurer et avant son admission au New-York hôpital, les phénomènes s'étaient exagérées. C'est une femme plutôt grasse, pâle et dont l'examen est par ailleurs négatif, à part cette fistule dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen. A la rectoscopie, jusqu'à 17 cm. environ, l'intestin apparaît coudé, rétréci, et la muqueuse est congestionnée. Un lavement pratiqué n'injecte pas régulièrement le colon, la partie inférieure du descendant, la partie supérieure du sigmoïde sont rétrécies, spasmées, et on y voit des diverticules. Opération : excision des trajets fistuleux, drainage des abcès et fermeture partielle. Une semaine après, le trajet fistuleux est entièrement excisé, un kyste de l'ovaire est enlevé et la fistule est fermée. Le lendemain, distension abdominale, en dépit de toutes les thérapeutiques, l'état ne s'améliore pas, on pratique une jéjunostomie par où s'écoule une grande quantité de matières fécales et la mort survient le 6^e jour au milieu de complications pulmonaires et cardiaques. Vérification nécropsique : diverticule du sigmoïde et fistule fécale.

En résumé : chez une femme de 58 ans, ayant une fistule colique, consécutive à une opération pour diverticulite, l'intervention permet de rattacher à leurs véritables causes l'existence d'hémorragies minimales répétées, antérieures.

OBSERVATION XIV

BRONÉE et URBAIN.

Forme chronique, douloureuse et sténosante, de diverticulite avec hémorragies.

Un homme de 72 ans, souffre de coliques depuis plusieurs années. Il y a quatre mois les douleurs sont devenues plus vives et le malade constate la présence dans ses selles de sang et du mucus. Il accuse des alternatives de constipation et diarrhée; il a perdu en peu de temps 7 à 8 kilogs. Au moment de l'examen, il présente une constipation de cinq jours avec arrêt des gaz et des matières, et accuse de violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche. Le lavement baryté montre une vingtaine de diverticules le long des deux bords de l'ombre sigmoïdienne. L'un est gros comme un haricot, les autres de la taille d'un noyau de cerise ou d'un pois. Aspect du sigmoïde en accordéon. Traitement, anus contre nature sur le colon descendant. Amélioration.

En résumé : chez un homme de 62 ans, l'intervention chirurgicale (colestémie iliaque gauche, a permis d'améliorer les hémorragies récidivantes d'une diverticulite sigmoïdienne.

OBSERVATION XV

BROHÉE et URBAIN.

Diverticulite aiguë hémorragique.

Femme de 52 ans, opérée 5 ans auparavant par BROHÉE pour volumineux fibrome utérin ayant donné de la dysurie. Pendant un séjour à la mer, en pleine santé, se déclanchent des troubles colitiques aiguës : diarrhée sanglante et glaireuse très douloureuse, ténésme éprintes, ballonnement du ventre, température à 38°-40°. Deux semaines plus tard apparaît un empatement de plus en plus douloureux de la fosse iliaque gauche tympanique à la percussion. Température, mauvais état général : pneumonie double avec myocardite. Admise à la clinique dans cet état précaire, BROHÉE pratique à l'anesthésie locale, une incision au-dessus de l'arcade crurale, qui donne issue à une petite quantité de liquide pio-stercoral, et à des gaz abondants et fétides, drainage par deux drains pour les lavages. Il s'établit une fistule stercorale avec persistance de la colite glaireuse. Toute tentative de

résection, voire d'anus contre nature, reste impossible à cause de la myocardite grave et de l'hecticité. Après sept mois, et un léger relèvement de l'état général, mort par hémorragie foudroyante de la fistule cutanée. La radio pratiquée par lavement opaque et injection de baryte dans la fistule, donnait les indications suivantes : absence de remplissage de la région inférieure du sigmoïde — ce qui, pour certains auteurs, serait un signe de spasme ou de cancer. Comme dans la plupart des cas de tuberculose hyperplasique du colon ascendant, les radiogrammes montraient un segment vide de baryte entre deux segments nets et bien remplis (signe de STIERLIN). Sur aucun des cinq clichés, pris dans les 15 premiers jours, il n'y a d'image lacunaire de cancer ou d'image rongée.

En résumé : chez une femme de 52 ans, avec poussée de colite aiguë et hémorragie intestinale abondante de sang rouge, la radiographie révèle l'existence de diverticules.

OBSERVATION XVI

SYNNOT, Med. jour. and Record., oct. 1933.

Diverticulite hémorragique et oblitération de l'artère dorsale du pied gauche.

Homme de 52 ans, diverticules du colon pelvien et descendant diagnostiqué huit mois auparavant. Trois jours avant le début de la présente attaque, il a remarqué une quantité considérable de sang rouge et de caillots dans ses selles et a continué son travail bien que cette hémorragie soit quotidienne. Le quatrième jour, il présenta une sévère attaque de rhumatisme. La température était à 38°5, le côté gauche de l'abdomen était tendu et douloureux au toucher tout le long du colon iliaque et descendant. Le matin suivant, la peau voisine de l'articulation tibio-tarsienne était d'un rouge brillant, bordée d'une fine ligne de démarcation assez semblable au bourrelet érésipélateux, mais elle n'était pas chaude au toucher, ni enflée. Ce phénomène qui a été attri-

bué à une oblitération vasculaire dans une des branches de l'artère dorsale du pied disparut rapidement avec le rétablissement de la circulation périphérique. Il fut noté que la veine fémorale gauche était indurée et douloureuse au palper. Le patient guérit avec un traitement symptomatique.

En résumé : cette observation paraît intéressante, non seulement par la netteté de la symptomatologie clinique avec le caractère habituel des hémorragies diverticulites, mais encore par l'association d'hémorragies intestinales et d'artérite oblitérante.

DIAGNOSTIC DES DIVERTICULITES HEMORRAGIQUES

Dans le diagnostic des diverticulites hémorragiques, on peut distinguer schématiquement plusieurs circonstances :

a) Il y a des cas dans lesquels l'hémorragie ne semble pas relever de lésions intestinales;

b) Même dans ces cas en apparence étrangers à la question il faut se demander s'il n'existe pas une diverticulite qui est devenue hémorragique à cause du terrain sur lequel il se présentait;

c) L'attention est attirée sur un segment nettement pathologique du gros intestin, le diagnostic se pose suivant les différentes éventualités avec le cancer du colon et toute la sigmoïdite non diverticulaire.

a) Nous n'insisterons pas sur cette première série de causes faciles en général, avec les réserves que nous ferons plus loin. En effet, lorsque au cours des maladies avec syndromes hémorragiques (purpura, hémophilie, hémophilo-hémogénie de P. E. WEILL, leucémie, etc...) apparaissent des hémorragies intestinales, la cause en est vite rapportée à la véritable affection.

De même, au cours des syndromes hémorragiques des maladies infectieuses à forme grave, au cours des

auto-intoxications avec hémorragie intestinale (urémie, diabète) au cours des intoxications exogènes (saturisme, hydrargyrisme, arsenisme, etc...) au cours enfin de certaines affections par carence; avitaminose, scorbut.

Mais plus fréquentes nous semble-t-il sont les observations dans lesquelles le foie entre en cause dans l'apparition de certaines hémorragies intestinales; non pas la cirrhose évidente ascitique ou anascitique, où les hémorragies intestinales ne sont qu'une note dans le tableau clinique de l'insuffisance hépatique plus ou moins prononcée de ces malades, mais chez les hépatiques, à un stade précoce de la cirrhose, à la période classique dite de pré-cirrhose, ou l'hépatite dégénérative commence déjà à agir sur la crase sanguine. C'est dire avec quel soin il importe parfois de dépister non seulement une intoxication à la base de lésions hépatiques possible, mais d'explorer au besoin avec des méthodes habituelles les fonctions hépatiques du sujet atteint d'hémorragies intestinales.

On connaît enfin l'importance de l'étude de la rate dans le diagnostic étiologique de certaines hémorragies intestinales; sans parler de son rôle dans les hémorragies de certaines cirrhoses mis en valeur par M. ABRAMI, nous rappelons que même dans le cas où la rate ne paraît pas cliniquement hypertrophiée, il peut s'agir d'hémorragies sous la dépendance d'un dysfonctionnement splénique. Nous voulons à ce sujet, rappeler l'observation extrêmement suggestive de MM. Paul CARNOT, Abel LAFFITTE et Albert FIEHRER,

celle de M. HEL... René, 30 ans où l'on put obtenir une hémostase durable par splénectomie d'urgence, dans un syndrome hémorragique grave, sans lésion splénique apparente. Nous rappellerons que chez ce malade, ce fut l'importance des accidents hémorragiques et leur gravité (épistaxis, hémoptysie, hématurie et surtout hémorragies intestinales) qui fit décider une thérapeutique héroïque : la splénectomie d'urgence. Il y avait dans ce cas ni syndrome portal ni lésion hépatique, ni stigmate hématologique et c'est dire le problème important que peuvent soulever certains cas d'hémorragies digestives.

Enfin, il est à souligner l'importance et disons le mot, l'énigme de certaines hémorragies intestinales après la cinquantaine. Dans une clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, avril 1935, M. le professeur Paul CARNOT, a présenté plusieurs observations très démonstratives d'hémorragies chez les artério-scléreux. Chez les sujets d'un certain âge, le rejet par l'anus de quantité notable de sang rouge, évoque trop souvent l'inquiétante appréhension d'un cancer ou d'un ulcère digestif, mais parfois cependant on n'en trouve aucun signe ni clinique, ni radiologique, ni opératoire, ni même nécropsique. Et il peut alors s'agir de rupture vasculaire, soit par hypertension artérielle ou portale, soit par artérite mésentérique, soit par embolie ou thrombose avec infarctus intestinal. Pareil accident est beaucoup moins rare que ne le ferait croire le silence presque complet des descriptions classiques. L'artério-sclérose, facteur des hémorragies intesti-

nales a été rencontré souvent dans les infarctus inhémorragiques de l'intestin avec une douleur atroce, selles sanglantes et symptômes d'occlusion, mais à côté des cas d'infarctus mésentériques complets, brutaux et dramatiques, on doit faire place à d'autres cas où l'altération des vaisseaux progressive, incomplète ou intermittente, ne se manifeste que par de grandes hémorragies et non par un sphacèle des anses intestinales. *Il est probable que certaines grandes hémorragies digestives sont liées à ces obli-térations mésentériques partielles et peu étendues et qui grâce aux anostomoses guérissent sans sphacèle de l'intestin.* Et il y a lieu à un certain âge notamment en cas d'hémorragie intestinale sans lésion digestive apparente de songer plus qu'on ne le fait d'ordinaire à l'artério-sclérose de l'aorte et de ses branches mésentériques avec ou sans hypertension.

b) Comme nous le verrons plus loin, à la pathogénie, ces notions de terrain sont capitales, quelquefois elles ne sont pas suffisantes pour tout expliquer, et c'est alors que peut se poser la question si importante du point d'appel intestinal, c'est-à-dire de lésions soit acquises, soit congénitales du gros intestin, pour expliquer tout au moins en partie, certaines hémorragies intestinales chez des sujets artériels-scléreux atteints de diverticulite. Notons dès maintenant que notre malade Wis... se présentait cliniquement comme un hépatique, et que nous avons retrouvé dans nos observations II, V et XVI, cette importante notion de terrain.

a. Diverticulites hémorragiques d'apparence primitive.

c) En présence d'une diverticulite qui saigne sans lésion générale susceptible d'expliquer l'hémorragie, l'attention est appelée par une série de signes cliniques vers une portion de l'intestin. Il peut avant de porter le diagnostic de diverticulite hémorragique éliminer un certain nombre de maladies locales. Deux sont capitales :

1° le cancer;

2° les sigmoïdites non diverticulaires.

1° *Le cancer.* — Toutes les observations sont d'accord pour donner à la symptomatologie dans les diverticulites hémorragiques, l'apparence d'un néoplasme colique. Aussi bien est-ce avec lui qu'avant l'application à cette affection du diagnostic radiologique, et souvent encore depuis, elles ont été confondues. Nous avons déjà vu que même l'examen macroscopique de la pièce opératoire ne permettait pas toujours de faire le diagnostic et il est vraisemblable qu'il faut attribuer à ces péri-diverticulites les cas relativement assez nombreux publiés sous le nom de cancer avec guérison. Par ailleurs, il est souvent arrivé qu'à l'intervention, en présence d'une tumeur importante, fixée par des adhérences, le chirurgien ait posé un diagnostic fatal, renoncé à toute manœuvre opératoire, et que par la suite, ses prévisions aient été détruites par la guérison du malade.

En effet, les mêmes éléments se retrouvent uniquement dans les deux affections : mêmes phénomènes

intestinaux de subocclusion, de sténose, mêmes hémorragies, possibilité d'une masse tumorale identique dans la fosse iliaque gauche. Similitude de signes généraux : la stercorémie du malade atteint de diverticulite entraînant les mêmes troubles digestifs, la même inappétence, la même asthénie que celle de tout malade atteint du cancer digestif. Et tous ces signes propres à amener la confusion entre ces deux affections se retrouvent sur un malade de 40 à 50 ans, à l'âge du cancer. Tout est donc en faveur d'un néoplasme. Cependant, plaident en faveur de la diverticulite :

a) son évolution par flambées fébriles répétées, suivie de rémission et de modification à l'examen de la tumeur colique;

b) la longueur même de cette évolution portant sur des années;

c) le caractère intermittent, capricieux des hémorragiques, absentes pendant de longs mois sans qu'aucune manifestation pathologique se fasse jour entre les poussées;

d) la relative conservation cependant de l'état général. Stercorémie sans doute, mais aussi inquiétude de ces malades qui, troublés par leurs hémorragies comme dans le cas de M. Wiss... et de Mme Gat... restreignent volontairement leur alimentation, s'imposent des régimes de famine et dont l'état général remonte rapidement dès que leurs appréhensions sont calmées;

e) la fréquence des signes urinaires : brûlures, mic-

lions fréquentes, fistules vésicales, si caractéristiques dans l'observation de KOCH;

f) les signes radiologiques enfin, qu'extériorisent si bien les techniques modernes et qui donnent des renseignements positifs jusqu'à une période avancée de l'évolution;

g) l'absence totale de signes à la recto-sigmoïdoscopie qui pourrait extérioriser un cancer bas situé.

Mais il ne faut pas oublier la possibilité d'une co-existence de cancer et de diverticulite, la fréquence en a été beaucoup exagérée. MAYO pensait qu'il y avait des diverticules dans 30 % des cas de cancer et certains auteurs autrefois avaient pensé que la sténose néoplasique jouait tant par l'état infectieux secondaire qu'elle détermine que par les troubles péristaltiques qu'elle occasionne, un rôle prédisposant dans la formation des diverticules sus-jacents. Mais les dernières statistiques de RANKIN et de BROWN montrent que cette association est plus rare qu'on ne le pensait, puisque sur 227 cas de diverticulite, ils n'ont rencontré un cancer associé que quatre fois et que sur 679 cancers opérés pendant la même période, 4 seulement s'accompagnaient de diverticules. Enfin la cancérisation du diverticule lui-même existe indéniablement, mais elle est extrêmement rare.

Aussi dirons-nous en conclusion que dans le doute, il est plus prudent d'opérer. JONES en effet a trouvé qu'il y a 6 chances sur 100 de se tromper en intervenant, mais 24 chances sur 100 de passer à côté d'un cancer en n'opérant pas. Par contre, une diverticu-

lite dûment diagnostiquée, ne doit pas conduire à une opération par crainte d'une cancérisation secondaire : les plus récentes statistiques montrent en effet que le cancer est associé dans 1,7 % des cas, tandis que la mortalité post-opératoire est de 12 à 22 %.

2° *Sigmoïde hémorragique.*

Dans cette classe si importante et si obscure encore, on peut mettre de nombreuses sigmoïdites, ou plutôt recto-sigmoïdites. L'étiologie des recto-sigmoïdites est variée. Qu'il s'agisse de causes spécifiques : dysenterie bacillaire, amibiase, bilharziose, lymphogranulomatose, tuberculose, syphilis, ou encore qu'il s'agisse de polypose. Dans ces infections spécifiques, l'établissement de la maladie causale arrivera facilement à trancher le diagnostic par les recherches bactériologiques, les réactions biologiques, la recto-sigmoïdiscopie et au besoin la biopsie. Notons déjà la difficulté de certaines colites à lamblia où la question n'est pas encore nettement résolue et où il est difficile souvent de mettre en évidence la véritable origine. Même question difficile à trancher en ce qui concerne le rôle du trichocéphale. Mais dans la polypose, rappelons que si la symptomatologie n'a rien de caractéristiques, deux symptômes peuvent attirer l'attention : l'importance des hémorragies et de l'anémie secondaire et l'hippocratisme des doigts. Il existe des sigmoïdites toxiques, urémiques, arsenicales et mercurielles; mais il est rare qu'elles soient primitives en apparence ou localisées à la région du

sigmoïde. Une dernière catégorie, non la plus rare est celle des recto-sigmoïdites hémorragiques dont l'hémorragie reste si souvent indéterminée. Le syndrome intestinal est cependant bien spécial : pseudo-dysentérique, panaché, hémorragique, par éclipse, avec un examen recto-sigmoïdoscopique caractéristique : muqueuse uniformément rouge, congestionnée, avec de très rares ulcérations punctiformes, sans traces d'hémorroïdes. De nombreux germes ont été mis en cause par les uns, certaines races de dysentériques, ou de paradysentériques, certaines espèces de colibacilles, certains streptocoques dans lesquelles d'ailleurs on peut faire rentrer le bacille de BARGEN. Mais pour RACHET, le terrain importe avant tout dans ces colites hémorragiques. De nombreux résultats favorables ont été obtenus en essayant de le modifier par la vitaminothérapie. Cette notion de terrain nous amène à penser que *sous certaines colites hémorragiques en apparence primitive, peuvent se dissimuler ce que Spriggs et Marxer ont appelé le stade pré-diverticulaire* et dont ils ont décrit les nombreux aspects radiologiques. Aussi MAXWELL TELLING, faisant sienne la célèbre phrase de PATEL, estime-t-il que *la majorité des sigmoïdites sont des sigmoïdites diverticulaires*; mais, cette opinion est rejetée par la plupart des auteurs. BENSAUDE, CAIN et HILLEMANT rapportent dans leurs monographies l'observation (LAPOINTE et CAIN) d'une sigmoïdite hémorragique où l'examen systématique de la pièce ne permit pas de déceler l'existence de diverticules. *Cette notion de*

terrain, incontestable certes pour certains auteurs, dans l'apparition d'hémorragies intestinales, semble renforcée par la notion de diverticulites formes légères ou formes latentes, et c'est souligner l'intérêt de sa recherche systématique. Quant à l'ulcère simple du colon décrit par Pierre DUVAL, il semble bien actuellement, d'après les travaux modernes, tant étrangers que français, que l'on doive le considérer comme une colite segmentaire ulcéreuse, et l'ulcère simple du colon ne peut être qu'une modalité de réaction colique au cours de certaines affections du gros intestin.

En somme, en face d'une hémorragie intestinale d'apparence primitive, lorsque tous les examens, tant cliniques que radiologiques habituels, ne paraissent pas extérioriser la cause de cette hémorragie, témoin notre observation de M. Wiss..., il faut se méfier d'une diverticulité hémorragique, et ceci d'autant plus qu'il est extrêmement facile de passer à côté d'une diverticulose. Combien de clichés ne faut-il pas quelquefois faire pour ne pas laisser échapper quelques diverticules qui expliquent ces hémorragies. Il en a fallu, dans notre obs. n° 1, plus de dix, tant radiographiques, que stéréo-radiographiques et en couche mince, pour mettre en relief l'existence de diverticules coliques passés complètement inaperçus à des examens antérieurs, même à des examens les plus minutieux et faits avec des techniques les plus modernes. Comment s'étonner, dans de semblables conditions, qu'il soit si facile de méconnaître ces di-

verticulites; et nous n'hésiterons pas à répéter cet axiome, qui nous semble capital : dans la radiologie des diverticules coliques, faire des radiographies répétées si besoin, et autant que possible en dehors des poussées de diverticulite. Si la niche ulcéreuse se voit en pleine poussée, le diverticule se voit en période d'accalmie.

ESSAI DE PATHOGENIE DES DIVERTICULITES HEMORRAGIQUES

Dans l'étude de la pathogénie des diverticulites hémorragiques, il faut distinguer d'une part le terrain, d'autre part les causes déclenchantes.

1. — *Le terrain.* — Nous devons envisager : a) l'altération de la crase sanguine; b) l'altération des capillaires sanguins intestinaux; c) la topographie des diverticules.

a) *L'altération de la crase sanguine* paraît évidente dans les hémorragies de l'hémophilie, de l'hémogénie ou de certaines insuffisances hépatiques. Mais la co-existence de ces stigmates hématologiques (obs. 2 et 5) avec la diverticulose colique, montre que ces deux états sont liés plus ou moins intimement. Que l'on invoque la théorie congénitale qui en fait de véritables malformations de la paroi, guère admise actuellement, où la théorie par pulsion, où l'infection locale et les troubles du péristaltisme jouent un rôle de premier plan (Harold EDWARDS) peu importe, ce qui subsiste c'est la notion de moindre résistance colique dans certains cas, et l'on comprend facilement que les hémorragies aient plus de tendance à s'extérioriser au niveau d'un organe plus ou moins altéré.

b) *L'altération des capillaires sanguins*, est démontrée par les nombreuses observations d'hémorragies par artério-sclérose chez les gens âgés. Des constatations cliniques, opératoires, et nécropsiques ont démontré que l'artério-sclérose avec ou sans hypertension des branches mésentériques, suffit à elle seule à la production d'hémorragies intestinales parfois extrêmement abondantes. Cette vascularite qui s'étend jusqu'aux plus fines terminaisons vasculaires explique facilement les hémorragies de certains artériels-scléreux, et elle aide à saisir le mécanisme des entérorragies chez ceux qui sont atteints de diverticulites. Chez ces sujets, aux facteurs vasculaires s'associe un facteur infectieux incontestable, lié à une cause locale : la diverticulite. Chez ces sujets, aptes à faire déjà sans lésion intestinale appréciable, des hémorragies, on conçoit la complication qu'apporte la présence des diverticules. Il est certain que des sujets atteints de diverticulite et d'artério-sclérose, feront plus facilement des hémorragies en cette région du tube digestif qui réunit plusieurs conditions hémorragipares (obs. II et XVI). D'ailleurs, la notion de terrain sur laquelle nous ne voulons pas nous étendre à l'excès et qu'il serait peut-être exagéré de considérer de façon exclusive à l'origine de tous les cas de diverticulites hémorragiques est d'ailleurs complétée par la notion même du mécanisme des incidents hémorragiques.

c) *La topographie elle-même des diverticules*, constitue un point d'appel pour la complication.

Nous avons vu que l'évagination diverticulaire se fait de préférence en un point de la paroi colique compris entre le mésentère et la bande latérale des muscles longitudinaux. Après avoir traversé la couche musculaire, ils suivent la gaine des vaisseaux vers le mésentère, et cette disposition, niée par certains auteurs, remise en évidence par DRUMMOND et Harold EDWARDS, était déjà à la base des théories pathogéniques, graisseuses et veineuses de GRASER et de SUDSUKI. GERZOWITSCH a rappelé récemment l'importance de cette topographie péri-vasculaire et SYNNOT dans le même article d'où nous avons extrait l'observation n° XVI, insiste sur les modifications que l'état inflammatoire péri-diverticulaire apporte aux tuniques des artères adjacentes du mésentère et sur les troubles circulatoires et hémorragiques que déclenche une telle atteinte des parois.

2. — Les causes déclenchantes.

Le primum movens des hémorragies diverticulaires est en effet la péri-vascularite intestinale. Parmi les théories que l'on peut envisager, une à notre avis doit retenir l'attention : c'est la *théorie infectieuse*. En raison de la topographie, de l'aspect, de la structure et de l'évolution des lésions locales révélées par l'anatomie pathologique, on peut admettre volontiers qu'il s'agit d'une action microbienne, soit infection spécifique, soit microbes divers à propriétés identiques, que l'agent pathogène agisse in situ ou que son mode d'action soit en rapport avec ces toxines

comme il semble que les actions biologiques modernes le prouvent de plus en plus dans différentes maladies infectieuses. Les diverticulites hémorragiques ne sont donc à notre avis qu'une sorte de phénomènes inflammatoires hémorragiques localisés au niveau du gros intestin, c'est-à-dire, au sens histologique le plus banal du mot, que l'on trouve dans la sous-muqueuse, des infiltrations leucocytaires et des proliférations mésenchymateuses. Les infiltrats sont péri-vasculaires et la diverticulite hémorragique apparaît essentiellement comme une péri-vascularite intestinale avec vascularite secondaire. On conçoit en effet que dans ces cavités plus ou moins closes, remplies de matières fécales, qui agissent comme des corps étrangers, traumatisent la muqueuse, l'exulcèrent et ouvrent ainsi la porte au germe pathogène, une inflammation et une infection du diverticule et des parties voisines de la paroi qu'il traverse, puisse se créer. C'est un peu la théorie du vase clos que DIEULAFOY a invoqué pour l'appendicite. Cette inflammation diverticulaire, puis péri-diverticulaire, devient bientôt, vu la disposition du diverticule, une inflammation péri-vasculaire. A l'encontre du purpura inflammatoire où la vascularite est primitive et la péri-vascularite secondaire, ici la péri-vascularite est primitive et l'infection de la gaine entraîne une inflammation de la paroi vasculaire elle-même. On arrive ainsi par un processus de dehors en dedans, aux mêmes lésions inflammatoires que celles du purpura inflammatoire hémorragique qui se produi-

sent pour la plupart de dedans en dehors. Autrement dit, dans le purpura inflammatoire on a successivement : vascularite, péri-vascularite, hémorragie; dans les diverticulites hémorragiques on a péri-vascularite, vascularite, hémorragie; ce sont les mêmes lésions histologiques, l'histogénèse anatomo-pathologique seule diffère. Suivant que cette inflammation congestionnante et infiltrante est plus ou moins intense, suivant surtout sa localisation intestinale sur l'arbre artériel, on a des processus hémorragiques différents. L'hémorragie est essentiellement inflammatoire et congestive et la congestion hémorragique est le terme qui doit s'appliquer à la muqueuse atteinte de diverticulite. Dans certains cas cependant, une rupture capillaire peut expliquer l'importance des hémorragies. Une étude clinique et anatomo-pathologique sérieuse des différents cas de diverticulites hémorragiques signalés dans la littérature, confirme d'ailleurs que les lésions de péri-vascularite peuvent être parfois prédominantes et longtemps isolées. Nous avons vu l'importance des réactions fibreuses sous-muqueuses et scléro-lipomateuse de la sous-séreuse et combien souvent elles entraînent pendant de longues années tout un cortège de signes fonctionnels dus à des troubles douloureux du transit, de signes physiques avec apparition de tumeur dans la fosse iliaque gauche, de signes généraux enfin avec poussées fébriles et modification de l'état général avant de déterminer des phénomènes hémorragiques proprement dits.

La diverticulite hémorragique est donc en somme une péri-vascularite avec vascularite secondaire, maculaire, plus ou moins disséminée.

TRAITEMENT

La diverticulose état latent, trouvaille radiologique, malformation acquise s'installant peu à peu avec l'âge, rides du colon, lorsqu'elle n'entraîne aucun trouble, ne justifie en dehors d'une surveillance médicale aucun traitement. Tout au plus se bornera-t-on à faciliter l'exonération intestinale quotidienne. Les diverticulites hémorragiques au contraire, appellent une thérapeutique plus active. A ce point de vue il nous a semblé que les auteurs étrangers sont plus volontiers interventionnistes que les auteurs français et il est remarquable, dans les diverses observations que nous reproduisons de constater la facilité avec laquelle les chirurgiens anglais et américains, décident l'opportunité d'une opération. Cependant, nous avons déjà rapporté plus haut les statistiques de RANKIN et BROWN qui envisagent une mortalité opératoire de 12 à 22 %. A notre avis, l'intervention chirurgicale ne doit donc être employée dans ces cas de diverticulites hémorragiques qu'en dernières occurrences. Mais il s'en faut de beaucoup, comme nous l'avons vu, que les diverticulites hémorragiques se présentent sous un aspect identique et la thérapeutique devra s'adapter aux éventualités cliniques variées et nous distinguerons les cas où :

1° *L'hémorragie est abondante au point d'entraîner un état syncopal et occupe le premier plan des symptômes.*

2° *L'hémorragie est fractionnée, d'importance moyenne et se fait jour, soit au moment d'une poussée aiguë, soit au cours d'une longue évolution chronique.*

3° *Les hémorragies passent au second plan et la symptomatologie est dominée par les phénomènes infectieux et inflammatoires aigus.*

1° *Si l'hémorragie est importante et s'accompagne d'une atteinte marquée de l'état général, il y aura lieu pour bien juger des gestes thérapeutiques à réaliser, d'en apprécier la gravité.*

Par les signes cliniques généraux et plus particulièrement par la paleur des téguments et des muqueuses, la décoloration des conjonctives, la tendance aux syncopes, la petitesse et la rapidité du pouls.

Par les mesures répétées de la tension artérielle, et de l'indice oscillométrique.

Par les énumérations répétées des globules rouges.

Et on prescrira dans ce cas, le traitement habituel des grandes hémorragies intestinales : repos au lit avec glace sur l'abdomen, diète rigoureuse, injection sous-cutanée de sérum artificiel ou glucosé, et si nécessaire on pratiquera la transfusion sanguine, non sans oublier de soutenir le cœur (huile camphrée, caféïne, coramine). Cette éventualité s'est réalisée dans notre observation VI. L'hémorragie une fois maîtrisée, on en empêchera le retour par l'absorption quotidienne d'hémostyl, de chlorure de calcium,

de solution de pectine ou de gelée de gélatine à 5 à 10 % (CARNOT) et l'on permettra progressivement la réalimentation. Encore devra-t-on ne pas se contenter d'un traitement symptomatique, mais rechercher l'association d'un état hépatique, splénique, hémorique ou artério-scléreux surajouté et lui opposer les médications appropriées. Les observations de SYNNOT, de MASSON et notre observation personnelle de Mme GAT... illustrent la fréquence de ces associations et nous avons vu au chapitre précédent, la complexité pathogénique des diverticulites hémorragiques.

Quelquefois, et les statistiques de GERZOWITSCH en font foi, il est nécessaire de recourir à l'intervention. « On essaiera, quand cela est possible, de réséquer étant donné que toute autre opération serait d'un secours insuffisant ». Dans ce groupe de cas où GERZOWITSCH a dû se résoudre à l'opération « à cause des phénomènes colitiques et en particulier des hémorragies, tous les malades ont guéri, mais il ne faut pas se dissimuler la gravité de cette thérapeutique d'urgence que l'on ne se trouve qu'extrêmement rarement dans l'obligation d'employer.

2° *L'hémorragie est fractionnée*, d'importance moyenne. Si elle ne se présente pas sous un aspect inquiétant d'une part, et de l'autre si les manifestations infectieuses et inflammatoires de la diverticulite proprement dite, sont subaiguës et chroniques, il y aura lieu de recourir au traitement médical qui, il faut bien le reconnaître, est assez réduit. Nous envisagerons : le traitement diététique, le traitement médicamenteux, le traitement local.

Le traitement diététique. — Il ne faut pas perdre de vue que ce sont des malades qui doivent être au repos tant physique que moral, et nous avons vu dans nos observations I et II combien les troubles de l'état général relevaient surtout du régime de famine que ces malades inquiets s'étaient imposés à la suite de leurs hémorragies. Aussi tout en combattant la constipation par l'huile d'olive ou de paraffine, évitera-t-on les mets trop épicés et prescrira-t-on volontiers des aliments finement divisés, laissant relativement peu de déchets : farine très fine, gelée de viande, jus de viande, viande crue rapée (BENSAUDE).

Le traitement médicamenteux. — On emploiera contre les hémorragies, avec les hémostatiques et les coagulants : émétine, chlorure de calcium, kho-san, solution de pectine, hémostyl, etc., le sous-nitrate ou le carbonate de bismuth, 10 à 20 gr. per os. Et l'on pourra essayer comme CAIN et LIÈVRE l'ont proposé dans les recto-sigmoïdites de cause inconnue, 250 gr. de foie de veau par jour. La bactério-thérapie, vaccin polyvalent, par voie buccale n'a pas donné jusqu'ici les résultats que l'on escomptait. Contre les spasmes douloureux déclenchés au niveau du foyer inflammatoire, et contre la rétention des gaz et des matières qui en résulte, on emploiera les injections d'atropine et la teinture de belladone.

Le traitement local comprend les lavages et les pansements locaux. Les lavages à basse pression, détergent la muqueuse et ont une action désinfectante et modificatrice. Nous avons employé le bleu de mé-

thylène, le collargol à 10/000. On peut utiliser également l'ichtyol, le perchlorure de fer, le nitrate d'argent et en particulier les solutions isotoniques, non irritantes, de chlorure de magnésium à 11/000 (DELBET). Les lavements d'hémostyl à la dose d'une ampoule et le chlorure de calcium selon la formule suivante :

Chlorure de calcium ..	4 gr.
Laudanum	10 gouttes
Huile goménolée	10 cc.
Excipient mucilagineux.	200 cc. (Gaston, Lyon)

ont été préconisés contre les hémorragies. En incorporant à l'excipient mucilagineux (coréine, 2 cuillerées à café pour 200 gr. d'eau) du carbonate de bismuth, du kaolin, de l'icytyol, du collargol on réalise des pansements coliques dont le type est le suivant :

Dermatol	5 gr.
Kaolin	10 gr.
Laudanum	10 gouttes
Excipient mucilagineux.	200 cc. (Gaston, Lyon)

Et on pourrait par le même procédé utiliser les nombreux bouillons vaccins polyvalents du commerce. Le traitement que notre maître le Dr R. A. GUTMANN emploie à la consultation de médecine de l'Hôtel-Dieu est le suivant : 2 fois par semaine lavages, pansements au bock avec un litre d'eau auquel on ajoute une cuillerée à soupe de mucilage (coréine) et une pincée de bleu de méthylène. Il est utile de re-

commander au malade l'usage d'une canule de verre à large orifice.

Récemment MM. RACHET et BUSSON ont employé une solution dans l'huile désoxygénée de carotène afin d'agir ainsi que nous l'avons vu précédemment sur le terrain en vue d'obtenir une hypervitaminose locale. Enfin, il semble que les cures thermales, à Plombières en particulier, puissent produire d'heureux effets dans l'intervalle des poussées; à condition de ne pas leur demander trop et de les utiliser sous forme d'un lavement goutte à goutte qui réalise un bain interne radio-actif.

D'ailleurs, les diverticulites hémorragiques évoluent par poussées inflammatoires et subaiguës qui se résolvent souvent spontanément et sur lesquelles nos thérapeutiques médicales ne peuvent avoir qu'un succès momentané et très discutable. Aussi bien la crise guérit-elle d'elle-même dans la plupart des cas et seule l'intervention chirurgicale pourrait avoir quelques chances d'en empêcher le retour, si trop souvent la multiplicité des diverticules interdisait une opération vraiment curative.

Dans les cas cependant, où le cancer a été soupçonné et où une laparatomie exploratrice a permis d'agir : soit directement sur les diverticules, obs. IV, excision simple, soit sur le segment colique atteint, obs. VIII et X, colectomie par le procédé de MICKULICZ, soit en mettant les lésions au repos par colostomie iliaque gauche (obs. XIV), une guérison définitive ou une amélioration considérable ont été obtenues.

3° Mais lorsque les phénomènes inflammatoires ont forcé la main à une opération radicale et d'urgence, soit que la poussée subaiguë et hémorragique se soit accompagnée de symptômes péritonéaux inquiétants, obs. IX, XII et XIII, soit que les troubles urinaires aient apparu, témoins d'un stade avancé de la péri-diverticulite suppurée, obs. VIII, le pronostic devient infiniment plus grave et les cas dont nous avons rapporté l'observation se sont terminés par la mort. A ce stade, en effet, les hémorragies ne sont que peu de choses, les phénomènes infectieux dominent. On ne peut s'arrêter aux interventions bénignes qu'il était possible d'envisager dans les cas chroniques où l'heure opératoire peut être choisie entre les poussées. L'ouverture de l'abdomen, l'extériorisation avec abouchement à la paroi, la résection en deux temps, précédée de l'extériorisation de l'anse et de l'oblitération des deux segments avec une pince spéciale, (pince de Jean GOSSET), ces diverses interventions, à la demande des lésions trouvées à la laparatomie, toujours suivies de drainage sont choquantes chez ces malades depuis, longtemps infectés, stercorémiques, anémiés et d'un âge relativement avancé.

En dehors donc de ces cas d'urgence, on interviendra dans les diverticulites hémorragiques, uniquement :

1° lorsque l'hémorragie profuse résiste aux traitements médicaux habituels;

2° quand la poussée subaiguë s'aggrave et tend à

évoluer vers le phlegmon sigmoïdien ou la perforation en péritoine enkysté;

3° lorsqu'on est fondé à craindre l'existence ou la co-existence d'un néoplasme colique.

CONCLUSIONS

1°) La diverticulose, citée par MORGAGNI dès 1796, a été décrite pour la première fois par CRUVEILHIER, en 1895; KOCH en 1903 a publié le premier une observation où mention est faite d'hémorragies au cours des diverticulites.

2°) Les hémorragies des diverticulites sont des hémorragies de sang rouge; il n'existe pas pratiquement de *moelena* au cours de ces affections.

3°) Ce sont des hémorragies assez abondantes, mais qui mettent rarement la vie du malade en danger.

4°) Elles récidivent souvent à des intervalles variables et peuvent entraîner une anémie hypochrome assez intense.

5°) La radiologie apporte l'élément de certitude pour le diagnostic des diverticulites hémorragiques, les examens radiologiques doivent comporter toujours l'examen du colon plein et vide; les diverticules étant souvent visibles seulement sur les clichés d'évacuation. Souvent il faut les répéter et ce diagnostic nécessite de très bons clichés. Les méthodes modernes de radiologie de la muqueuse apportent un

élément intéressant de diagnostic dans les cas difficiles.

6°) Il importe de faire des examens radiologiques à un moment optimum de la maladie diverticulaire; c'est entre les poussées de diverticulites, entre les flambées, que l'on décèlera plus facilement de petites diverticules.

7°) Nous apportons 16 observations de diverticulite hémorragique et parmi celles-ci, deux observations personnelles.

8°) Dans l'étude pathogénique des phénomènes hémorragiques on doit invoquer une périvascularite avec vascularite secondaire, maculaire, plus ou moins disséminée.

9°) En général un traitement médical simple composé essentiellement de pansements coliques guérit facilement la poussée de diverticulite; la diverticulose elle-même est incurable médicalement.

10°) On est tout à fait exceptionnellement obligé d'intervenir dans les diverticulites hémorragiques. On sera obligé de le faire :

— lorsque l'hémorragie profuse résiste aux traitements médicaux habituels;

— lorsque la poussée subaiguë s'aggrave et tend à évoluer vers le phlegmon sigmoïdien ou la perforation en péritoine enkysté;

— lorsqu'est fondée la crainte de l'existence ou de la coexistence d'un néoplasme colique.

11°) Le chapitre des diverticulites hémorragiques paraît apporter une contribution à l'étude des hémorragies digestives sans autre symptôme apparent.

Le Doyen,
G. ROUSSY.

Le Président de Thèse.
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBÉ. — *Médical record*, 1914, XXXVI.
- ANTOINE. — *Thèse Paris*, 1919.
- BEER. — *Am. journal of medical sc.*, juillet 1904, p. 135.
- BENSAUDE, CAIN et HILLEMANT. — *An. de Méd.*, 1923.
- BENSAUDE et ANTOINE. — Colite et rectocolite grave non dysentérique. *Gaz. des Hôp.*, janv. 1920.
- BENSAUDE. — *Gaz. méd. de France*, Paris 1920.
- BLAUD SOTTON LANCET, 1903, p. 1148.
- BROHÉE et URBAIN. — *Journ. bel. de gastro-enté.*, 1933, I, p. 58.
—— *Arch. de Mal. de l'ap. digest. et nutri.*, 1932, XXII, p. 1141.
- BUMM. — *Die divertikel des Dickdarms und ihre komplikationen arc. fur. klin. chir.* 1923. CLXXIV. p. 14.
- BURGESS. — *Lancet*, 1929, I, 857.
- CADES, MARTIN, et DEMOURGUES. — *Paris méd.*, 7 juin 1913, p. 32.
- CARNOT (Prof. Paul). — Le Mœlena des artériels-scléreux. *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, avril 1935.
- CARNOT (Prof. Paul), Abel LAFFITTE et Albert FIEHRER. — *Soc. d'hémat.*, juin 1935.
- CATZ. — *Gaz. des Hôpit.*, 1907.
- CARMAN. — *Ann. surg.*, Philadelphie, 1915, CXI, p. 343.
- CARMAN et CASE. — *Amér. journ. roeent.*, 1915.
- CONWAY et HITZROT. — *An. of surg.*, 1931, XCIV, p. 614.
- CRUVEILHIER. — *Traité d'anat. pathol.*, 1849.
- DRUMMOND. — *Brit. journ. surg.*, 1917, IV, p. 407.
- DUNN. — *Amer. jour. of méd. sc. en.*, 1911, p. 15.
- EDWARDS (Harold). — *Brit. méd. journ.*, 1935, p. 974.
- EGGERS. — *An. of surg.*, 1931, CXIV, p. 648.
- EISENBERG. — *Beitrag zur kl. chir.*, 1913.
- FINSTERER. — *Med. klinik.*, 1925, n° 49, p. 1848.

- GRASER. — *Arch. fur kli. u. chir.*, 1899.
- GUTMANN (René-A.). — *Arch. des mal. de l'ap. diges. et de la nutr.*, 1931, XXI, p. 203.
- Les hémor. digest. sans autre sympt. *Gaz. des Hôp.*, 3 janvier 1934.
- *Bull. de la Soc. rad. méd. de France*, 1930, n° 171, p. 303.
- Les syndromes douloureux de la région épigastrique.
- GRIFFIN. — *Journ. amér. méd. assoc.*, 1912, p. 864.
- GERZOWITSCH. — *Schweiz med woche*, 1935, LV, p. 124.
- GILLET. — *Journ. belge de gast. entér.*, 1933, p. 303.
- GOLDEN (Ross). — *New engl. journ. of med*, 1934.
- HANSEMAN. — *Wirchow, arch.*, 1896.
- HARTWELL et CECIL. — *Amer. journ. of med. sc.*, août 1910, p. 174.
- JUDD et POLLOCK. — *An. of surg.*, 1924, CXXX, p. 425.
- JONES. — *New engl. journ. of med.*, 1930, 203, p. 459.
- KOCH. — *Arc. fur kli. u chr.*, 1903.
- KOHN. — *Berliner, klin Woch*, 1914, 18 mai.
- LOCKAARDT, MUMMERY. — *Brit. méd. journ.*, 1929, II, 191.
- LYON (Gaston). — Les recto-sigm. *Bull. méd.*, 11 janv. 1936.
- LYNET (Jérôme). — *Journ. amér. méd. assoc.*, 19 mars 1932.
- MORGAGNI. — *De sedibus ep.*, 1796.
- MAXWELL TELLING. — *Lancet*, 1908, I, 21-28 mars. — *Lancet*, 1920, 10 janv. — *Proced. of the royal soc. of. med.*, 1920, vol. XIII.
- *Brit. journ. surg.*, 1917.
- MOURGUES (de). — *Thèse de Lyon*, 1913.
- MAYO. — *An. of. surg.*, 1920, XCX III, p. 739. — *Journ. amer. med. ass.*, 1917. — *Collect. paper. of the Mayo cli.*, 1917-1929.
- MAYOR. — *Revue méd. de la Suisse romande*, 1893.
- MASSON. — *Pres. méd.*, 25 janv. 1936.
- MAINGOT. — *Soc. rad. méd. de France*, 1934. — *L'examen rad. du colon*.
- MOYNIHAN. — *Br. med. journ.*, 1906, II, p. 1817.
- PATEL. — *Revue de Chir.*, 1907. — *Lyon chir.*, 1911. — *Com. 26° congr. de cirg. granç.*, Paris 1913.

- PRAT. — *Soc. de chir.*, Paris, 1930.
- PATTERSON. — Divert culite of the larg. intest. — *Amer. journ. of. surg.*, 1928, V, p. 81.
- PATRY. — *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1907.
- PASCHETTA. — *Bul. de la Soc. rad. méd. de France*, 1930.
- PAUCHET. — *La clinique*, 1913; 15 fév. 1929. — *Bul et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, XXII, 7 mars 1930.
- QUERVAIN (de). — *Deutsche zeitschrift f. chir*, 1914. — *Arch. franco-belge de chir.*, 1925, XXVIII.
- RANKIN et BROWN. — *Surg. gyn. et obs.*, 1922, XXXV, p. 310.
— *Surg. gyn. et obs.*, 1930, L, p. 836.
- SOUPAULT. — 10^e congr. inter. de chir. du Caire, 30 déc. 1935.
- SEYMOUR BAYLING. — *Brit. journ.*, 1926.
- SUDSUKI. — *Deustches arch. fur klin chir.*, 1900.
- SUDECK. — *Beitrag sur klin. chir.*, 1914. — *Berliner klin. Woch.*, 1931, n° 28, 1920, 8 mai.
- SPRIGGS. — *Brit. méd. journ.*, 1929, p. 569.
- SPRIGGS et MARXER. — *Lancet*, 1927. I, p. 1067.
- SPRIGGS. — Lockaardt, Mummery. *Proc. of the royl soc. of med.*, 1927, XX, pt. 3.
- SANTY. — *Lyon chir.*, 1934.
- SWINGHEDAUW. — *Journ. de chir.*, 1927.
- SYNNOT. — *Med. journ. and. record*, oct. 1933.
- VERDENAT. — *Thèse de Lyon*, 1906.

TABLE DES MATIERES

I. - <i>Introduction</i>	11
II. — <i>Historique</i>	15
III. — <i>Les hémorragies dans les diverticulites</i>	17
A) Etude anatomo-pathologique	17
La diverticulite :	
a) Pousée inflammatoire aiguë	18
b) Entre les poussées	19
c) Répétition des poussées	19
B) Etude clinique	20
a) Etiologie	20
b) Symptômes abdominaux	21
c) Les hémorragies	22
C) Radiologie	32
Conclusions radiologiques	38
IV. . <i>Observations</i>	40
V. — <i>Diagnostic des diverticules hémorragiques</i>	58
VI. — <i>Essai de pathogénie des diverticules hémorragiques</i>	58
VII. — <i>Traitement</i>	75
VIII. — <i>Conclusions</i>	83
IX. . <i>Bibliographie</i>	86

